

CONTRIBUTION
A LA
CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

DE LA CHOLÉCYSTOTOMIE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 31 janvier 1893
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES ALBERT BLAISE

Né à Bertrambois (Meurthe-et-Moselle), le 29 mars 1869

EX-INTERNE PROVISOIRE EN CHIRURGIE 1890-1891

ET AUX MALADIES DES ENFANTS 1891-1892

NANCY
IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}
18, RUE DES GLACIS, 18

1893

CONTRIBUTION
A LA
CHIRURGIE DES VOIES BILIAIRES

DE LA CHOLÉCYSTOTOMIE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 31 janvier 1893

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES ALBERT BLAISE

Né à Bertrambois (Meurthe-et-Moselle), le 29 mars 1869

EX-INTERNE PROVISOIRE EN CHIRURGIE 1890-1891

ET AUX MALADIES DES ENFANTS 1891-1892

NANCY

IMPRIMERIE BERGER-LEVRAULT ET C^{ie}

18, RUE DES GLACIS, 18

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. HEYDENREICH, I .

Doyens honoraires : MM. STOLTZ, C , I ; TOURDES, O , I .

Professeurs honoraires : MM. STOLTZ, C , I ; TOURDES, O , I ; COZE, , I .

V. PARISOT, , I ; HERRGOTT, , I .

Pathologie générale et pathologie interne	M. HECHT  , I  , professeur.
Physiologie	M. BEAUNIS  , I  , professeur.
Anatomie et physiologie pathologiques	M. FELTZ  , I  , professeur.
Clinique médicale	M. BERNHEIM, I  , professeur.
Clinique chirurgicale	M. GROSS, I  , professeur.
Physique médicale	M. CHARPENTIER, I  , professeur.
Hygiène	N.
Médecine opératoire	M. CHRÉTIEN, I  , professeur.
Clinique chirurgicale	M. HEYDENREICH, I  , professeur.
Pathologie externe	M. WEISS, A  , professeur.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I  , professeur.
Clinique médicale	M. SPILLMANN, I  , professeur.
Clinique obstétricale et accouchements	M. A. HERRGOTT, I  , professeur.
Médecine légale	M. E. DEMANGE, I  , professeur.
Histoire naturelle médicale	M. MACÉ, A  , professeur.
Thérapeutique et matière médicale	M. SCHMITT, A  , professeur.
Histologie	M. BARABAN, A  , professeur.
Anatomie descriptive	M. NICOLAS, A  , agrégé, chargé du cours.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies mentales	M. LANGLOIS, A  , chargé du cours.
Clinique des maladies des yeux	M. ROHMER, A  , chargé du cours.
Clinique des maladies des enfants	M. SIMON, A  , agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies des vieillards	M. P. PARISOT, agrégé, chargé du cours.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. VAUTRIN, A  , agrégé, chargé du cours.
Accouchements	M. REMY, agrégé, chargé du cours.
Histoire naturelle	M. VUILLEMIN, chargé du cours.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GUÉRIN, A .
RENÉ, A .
NICOLAS, A .
VAUTRIN, A .

MM. SIMON, A .
REMY.
P. PARISOT.

MM. HAUSHALTER.
FÉVRIER.
PRENANT.

AGRÉGÉS LIBRES : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I ; ROHMER, A .

M. F. LAMBERT DES CILLEULS , A , Secrétaire.

Examineurs de la Thèse :

M. GROSS, président; M. WEISS, professeur; M. VAUTRIN, agrégé; M. FÉVRIER, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555004_0006

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GROSS

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR WEISS

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. HERRGOTT

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VAUTRIN

A

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SIMON

A TOUS MES MAÎTRES

A MON PÈRE, A MA MÈRE

INTRODUCTION

L'unique opération française de suture de l'incision de la vésicule biliaire après cholécystotomie, pratiquée à la clinique chirurgicale de M. le professeur GROSS, par M. le professeur agrégé VAUTRIN, en septembre 1891, nous a inspiré le sujet de notre travail inaugural et nous a donné l'idée d'étudier les différents procédés opératoires qui se rattachent à la chirurgie conservatrice de la vésicule biliaire. Nous laisserons donc de côté la cholécystectomie ou ablation de la vésicule et la cholécystentérostomie ou abouchement de cet organe dans l'intestin, opérations très bien étudiées dans les thèses des docteurs CALOT et DELAGENIÈRE.

C'est un chapitre de médecine opératoire que nous présentons, n'ayant nullement l'intention d'étudier le diagnostic et la pathogénie des affections du système biliaire.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est donnée de témoigner publiquement notre reconnaissance à M. le professeur Gross, pour la bienveillance et les bons conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer pendant notre année d'internat et pour l'honneur qu'il nous fait aujourd'hui en acceptant la présidence de notre thèse. Que M. le Doyen Heydenreich veuille bien agréer l'expression de notre gratitude pour la sympathie qu'il nous a témoignée pendant le cours de nos études.

Empressons-nous de remercier notre bien-aimé maître, M. le professeur Herrgott, pour les marques d'intérêt et de bienveillante amitié qu'il nous a toujours prodiguées et de l'assurer de notre profonde affection.

Nous avons eu la bonne fortune d'assister notre savant maître, M. le professeur agrégé Vautrin, dans l'opération qui nous a donné l'idée première de ce travail ; c'est sur ses conseils que nous avons osé l'entreprendre. C'est un devoir pour nous de rendre hommage à son habileté chirurgicale et de lui adresser nos plus sincères remerciements.

Nous prions M. le professeur agrégé Simon de recevoir le témoignage de notre gratitude pour les sages leçons qu'il nous a données pendant notre année d'internat passée à la clinique des maladies des enfants.

Merci enfin à tous mes maîtres.

HISTORIQUE

Le Français J.-L. PETIT est et doit être considéré comme l'innovateur de l'intervention chirurgicale dans les maladies des voies biliaires. THUDICUM¹ lui conteste cette priorité et raconte que GUILLAUME FABRICIUS², de Hilden, aurait pratiqué l'opération sur le vivant. Or, l'observation de ce dernier est intitulée : *De duobus lapidibus ingentis magnitudinis ex vesica fellis repertis*, et il n'y est pas question d'opération, mais d'une trouvaille cadavérique chez un homme de 70 ans.

C'est en 1743 que PETIT³ communique son mémoire à l'Académie royale de chirurgie ; il y émet l'idée de la taille biliaire et donne les règles à suivre pour cette opération. L'ouverture du péritoine était le danger, aussi étudie-t-il les signes qui permettent de reconnaître les adhérences de la vésicule biliaire avec la paroi abdominale. Lorsqu'elles existent et qu'il s'agit de distension de la vésicule, il conseille la ponction avec un trocart, comme MÉRY l'a pratiquée pour la vessie. Reconnaît-il la présence de calculs au moyen d'une sonde, c'est à la lithotomie et à l'extraction qu'il faut avoir recours. « N'est-ce pas là faire

1. THUDICUM. — *British med. Journ.*, 1859, et *The Lancet*, 28 octobre 1859.

2. *Guilhelmi Fabricii Hildani opera*. Francfort, 1646, p. 320.

3. J.-L. PETIT. — *Mémoires de l'Acad. roy. de Chir.*, 1743, t. I, p. 176, et *Traité des maladies chirurg.* Paris, 1790.

l'extraction de la pierre et n'est-ce pas même la faire en deux temps, comme autrefois plusieurs lithotomistes ont fait en deux temps l'opération de la taille ? Combien de gens sont morts, faute d'avoir connu qu'ils étaient atteints de cette maladie, ou pour n'avoir pas eu un chirurgien assez entreprenant pour les délivrer par l'opération que je propose ! Je ne sais même si l'on pourrait appeler entreprenant celui qui proposerait cette opération ; en effet, si l'on peut sans témérité percer la vésicule du fiel lorsqu'elle est adhérente, on peut sans témérité la sonder, et, si l'on y trouve des pierres, quel reproche ne serait-on pas en droit de faire à celui qui n'oserait les extraire, et quelles louanges, au contraire, ne devrait-on pas donner à celui qui en ferait l'extraction ! »

Le travail de Petit ne devait pas rester stérile ; de nombreux perfectionnements sont apportés d'année en année ; aussi divisons-nous l'œuvre de ses successeurs en trois périodes :

I. Première période.

1743-1859.

L'Anglais S. SHARP¹, en 1750, conseille à son tour l'ouverture de la vésicule biliaire après la formation des adhérences et rapporte qu'un chirurgien avait dilaté une petite fistule biliaire et découvert, à l'aide d'une sonde, un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'il avait ensuite extrait. Le malade guérit.

DURIAU², dans sa thèse inaugurale, cite la relation d'un chirurgien du nom de SAUVAU qui intervint chez une femme de

1. S. SHARP. — *Recherches cliniques sur l'état présent de la chirurgie*. Paris, 1751, p. 278.

2. DURIAU. — *De la Taille biliaire*. Th. Paris, 1885, p. 15.

74 ans ; en dilatant une fistule qui avait succédé à une tumeur de l'hypochondre droit, il découvrit deux calculs dont il fit l'extraction, après incision. Guérison au bout de deux mois.

En 1757, MORAND¹ rapporte deux cas d'incision de tumeurs biliaires avec extraction de calculs.

En 1766, HALLER² confirme les idées de Petit, au point de vue des adhérences.

L'Anglais BROMFIELD³, en 1773, rejette l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire. « Quelques auteurs parlent de néphrotomie, comme si un chirurgien scrupuleux, dans le cas de calculs du rein ne pouvant sortir par l'uretère, pouvait songer à les extraire comme de la vessie. Il en est de même des calculs biliaires. »

L'année suivante, BLOCH⁴ apporte un travail remarquable sur la technique opératoire. Il conseille, pour provoquer des adhérences entre la vésicule et la paroi, des applications irritantes, telles que ail, raifort, cantharide, combinées avec un traitement interne échauffant. Après avoir rapporté une observation suivie de guérison, il en cite une de VOGEL, médecin à Lubeck, et une autre de RÖBISCH, de Berlin.

MORGAGNI, CHOPART et DESAULT⁵ se montrent partisans de l'opération.

En 1796, Aug. WALTER⁶ publie deux observations d'incision de la vésicule et *extraction des calculs*, suivies de guérison.

Comme nous le voyons, jusqu'ici les chirurgiens se montrent timides et n'osent aborder la vésicule que s'ils sont certains de

1. MORAND. — *Mém. Acad. roy. de Chir.*, II, p. 78, et III, p. 470.

2. HALLER. — *Elementa physiologiæ*, 1757-1766 (cité par Roth).

3. BROMFIELD. — *Surg. obs. and cases*. London, 1773 (cité par Roth).

4. BLOCH. — *Medicinische Bemerkungen*. Berlin, 1774.

5. CHOPART et DESAULT. — *Traité des maladies chirurgicales*. T. II, p. 347.

6. WALTER. — *Anatomisches Museum*. Berlin, 1796.

la présence des adhérences. RICHTER ¹, plus entreprenant sans cependant paraître téméraire, conseille, dès que la bile ne passe plus dans l'intestin, qu'il y ait des adhérences ou non, d'enfoncer un trocárt sur la partie la plus proéminente de la tumeur biliaire, de la vider et de laisser la canule en place, en attendant la formation de ces adhérences. Après quelques jours, on va à la recherche des calculs, et dans ce but, on dilate la fistule, de façon à pouvoir introduire un petit lithotriteur. S'il existe un calcul dans le canal cholédoque, on essaye de l'extraire avec une sonde, car, dit-il, dans ces cas les canaux sont très dilatés. Richter ajoute qu'on pourrait encore inciser jusqu'au péritoine, puis appliquer une substance caustique sur la séreuse.

Malgré cette importante communication, il semble que l'on se montre encore plus réservé dans les années suivantes. Antoine PORTAL ², en 1813, dit que dans les différentes maladies qui sont le résultat d'une trop longue rétention de bile dans la vésicule du fiel, il faut d'abord user de remèdes internes, tels que apéritifs savonneux, gommeux, martiaux et cloportes. Il ajoute cependant : « S'il y a adhérences, on peut sans danger donner issue à la bile que la vésicule contient ; cette opération peut certainement avoir des suites heureuses, mais elle peut être mortelle. »

DELPECH ³ n'admet l'extraction des calculs que s'ils se trouvent dans l'épaisseur de la paroi abdominale.

En 1828, SEBASTIAN ⁴ conseille la méthode préconisée par Richter.

1. RICHTER. — *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*. Göttingue, 1798, t. V, p. 87.

2. A. PORTAL. — *Observ. sur la nature et le trait. des mal. du foie*. 1813, p. 92.

3. DELPECH. — *Précis élém. des malad. réputées chirurg.* Paris, 1816, t. II, p. 189.

4. SEBASTIAN. — *De hydrop. vesicæ felleæ*. Dissert. inaug. Heidelberg, 1828.

CAMPAIGNAC¹ va jusqu'à proposer la ligature du canal cystique, « de sorte que la bile, ne parvenant plus dans la vésicule, ce réservoir, à son tour, ne pourra plus désormais devenir le siège de nouvelles concrétions et la guérison sera radicale ».

CARRÉ², en 1833, dans sa thèse remarquable pour l'époque, propose d'inciser le péritoine, la tumeur étant découverte, d'appliquer un pansement compressif pendant quarante-huit heures, puis d'inciser la vésicule quand les adhérences sont formées. « La crainte d'intéresser le péritoine pouvait arrêter les anciens chirurgiens ; mais aujourd'hui qu'on l'incise si souvent avec succès dans les opérations de hernies ou d'anus contre nature, il nous est permis de ne plus être aussi timides. »

Après le travail de Carré, différents chirurgiens publient leurs observations. Nous voyons successivement paraître celles de MEERMANN, KLEMMN, BANCALARI, SANTO NOBILI, FAUCONNEAU-DUFRESNE, DASSY, PIORRY, LEVACHER, OBRÉ et ROBINSON.

II. Deuxième période.

1^o De 1859 à 1878.

Pendant plus de cent ans, depuis le travail de Petit, les chirurgiens n'avaient osé s'attaquer à la vésicule biliaire que lorsqu'ils étaient certains de l'adhérence des deux feuilletts péritonéaux. Aussi n'opéraient-ils le plus souvent que dans les cas de phlegmons et de fistules accidentelles consécutives.

THUDICUM³, en 1859, donne alors une technique opératoire nouvelle, plus en rapport avec nos idées modernes. Il propose

1. CAMPAIGNAC. — *Journal hebdomadaire de médecine*, 1829, t. IV, p. 217.

2. CARRÉ. — *Considérations sur le traitement de la tumeur biliaire*. Paris, Th., 1833.

3. THUDICUM. — *Loc. cit.*

de fixer la vésicule à la paroi abdominale au moyen de sutures et d'en faire, dix jours après, l'incision.

Dès lors, la voie était toute tracée; les vues théoriques de Thudicum sont mises en pratique par les opérateurs dans les années qui suivent, elles sont modifiées, améliorées, ainsi que nous le verrons dans le cours de notre travail.

Le 15 juin 1867, BOBBS¹, croyant avoir affaire à un kyste ovarique, incise la tumeur, puis, s'apercevant de son erreur de diagnostic, suture les bords de l'incision à ceux de l'incision abdominale.

Blachmann² en 1868, Maunder³ en 1872 et Handfield Jones⁴ ne font que reprendre les idées de Thudicum.

2° De 1878 à 1883.

Le 4 février 1878, BLODGETT⁵, après avoir diagnostiqué une obstruction du canal cholédoque, suture la vésicule à la plaie abdominale et la vide par une ponction. La malade mourut avant qu'il eût pu pratiquer le deuxième temps de l'opération : l'incision de la vésicule.

Le 18 avril 1878, quelque temps après cette tentative qui malheureusement échoua et dont la relation ne parut qu'un an plus tard, MARION SIMS⁶ créait le mot **cholécystotomie** (χολή, bile; κύστις, vésicule, et τομή, incision), en même temps qu'il pratiquait la première opération véritable de ce nom. Après avoir ouvert le péritoine, mis à nu la vésicule, il l'incise, extrait les calculs

1. BOBBS. — *Transactions of the Indiana state med. Society*. 1868, p. 68.

2. BLACHMANN. — Cité par Roth.

3. MAUNDER. — *Brit. med. Journ.*, 1876, p. 604.

4. H. JONES. — *Med. Times and Gaz.*, 1878, p. 646.

5. BLODGETT. — *Homeopthic Times*. New-York, 1879-1880, p. 83.

6. M. SIMS. — *Brit. med. Journ.*, 1878, p. 811.

et suture ses bords à ceux de l'incision abdominale. Tel est le procédé de Sims.

Deux mois plus tard, Kocher¹, de Berne, pratique cette opération avec succès.

L'année suivante, paraissent l'observation de KEEN² et la première de LAWSON TAIT³, qui vulgarise l'opération en un temps; suivant le procédé employé par Sims et qu'il appelle **cholécystostomie naturelle**.

En 1882, RANSOHOFF⁴ apporte une modification à ce procédé: il fixe d'abord la vésicule à la plaie abdominale et l'incise aussitôt après.

Nous ne citerons pas les noms des chirurgiens français et étrangers qui ont pratiqué ces opérations; nous les trouverons dans des tableaux d'ensemble, résumant les observations parues jusqu'à ce jour et suivant le procédé qui fut employé.

Signalons cependant de suite une modification tentée, en 1887, par ZIELEWICZ⁵. Ce chirurgien fit une cholécystostomie en un temps, précédée de la ligature du canal cystique.

III. Troisième période.

De 1883 à nos jours.

Préoccupé sans doute de la fistule qui souvent persiste après la cholécystostomie, quel que soit le procédé employé, SPENCER WELLS propose d'inciser la vésicule biliaire, de suturer ensuite

1. KOCHER. — *Corresp.-Bl. für Schweizer Aerzte*. 1879, t. VIII, p. 577.

2. KEEN. — *Amer. Journ. of. med. sciences*. 1879, janvier-avril.

3. L. TAIT. — *The Lancet*. 1879, t. II, p. 730.

4. RANSOHOFF. — *New-York med. Record*. 1882, p. 568.

5. ZIELEWICZ. — *Centralblatt für Chirurgie*. 1888, n° 13, p. 227.

les lèvres de la plaie vésiculaire et d'abandonner l'organe dans la cavité abdominale, qu'on referme aussitôt.

La première opération de ce genre fut pratiquée en sa présence par MEREDITH¹, le 30 janvier 1883, et eut une issue fatale. Ce procédé est désigné par les Américains sous le nom d'**ideal cholecystotomy**. Duriau en fait à peine mention et DENUCÉ², en 1886, s'appuyant sur quatre observations, condamne le procédé.

Les désastres du début n'intimidèrent pas les chirurgiens anglais et allemands, car vinrent les résultats heureux de THORNTON, HAGEMANN, CREDÉ et COURVOISIER³, qui se montre le plus ardent défenseur de ce procédé et donne à l'opération le nom de **cholécystendyse** (ενδυω, enfoncer, remettre en place).

LORETA⁴, WÖFLER⁵ et SENGER⁶ apportent quelques modifications que nous aurons l'occasion d'étudier plus loin.

Cette dernière opération eut un grand retentissement, surtout par les critiques dont elle fut accablée de toutes parts. Ce qu'on lui reprochait, c'était la possibilité de voir la suture céder et une péritonite mortelle succéder à l'épanchement de liquide plus ou moins septique dans la cavité péritonéale.

Alors, en 1886, apparut un nouveau procédé dû à deux Américains : PARKES et CARMALT⁷. Ces chirurgiens *fixent* la vésicule à la plaie abdominale, l'ouvrent, suturent les lèvres de l'incision vésiculaire et, dans un second plan, la plaie abdominale.

1. MEREDITH. — *Brit. med. Journ.* London, 1885, t. I, p. 431.

2. DENUCÉ. — Th. agrégation. Paris, 1886.

3. COURVOISIER. — *Casuistisch-statistische Beiträge zur Chir. der Gallenwege*, 1890.

4. LORETA. — *La riforma medica*, 1888, n^{os} 55 et 56.

5. WÖFLER. — *Wiener klin. Wochensch.* 1890, n^{os} 20 et 21.

6. SENGER. — *Berliner klin. Wochensch.* 1890, n^o 22.

7. PARKES-CARMALT. — *Medical News*, Philadelphia, 8 mai 1886.

CZERNY¹, en 1888, modifie ce procédé, qui n'est connu en Allemagne que sous le nom de **cholécystotomie nach Czerny**, bien que l'idée première en soit due aux deux chirurgiens américains.

Cette dernière opération, comme la précédente d'ailleurs, n'est pas pratiquée en France ; c'est à peine si elle y est connue. TERRIER² est le seul qui, dans son rapport au Congrès français de chirurgie de cette année, en fasse mention, d'après le travail de COURVOISIER³.

Nous sommes heureux de rapporter plus loin la seule observation française de ce procédé, qui fut exécuté avec succès, au mois de septembre 1891, par M. le professeur agrégé VAUTRIN, de la Faculté de médecine de Nancy.

1. CZERNY. — *Beitr. zur klin. Chir.* 1889, p. 123.

2. TERRIER. — *Des Opérations chirurg. sur les voies biliaires.* Congr. fr. de chir. 1892.

3. COURVOISIER. — *Loc. cit.*

DÉFINITIONS — PLAN

Ainsi que nous avons pu en juger par ce long historique, les opérations d'incision de la vésicule biliaire peuvent être pratiquées suivant de nombreux procédés, en rapport, il est vrai, avec certaines indications. Une classification s'impose donc avant d'en aborder l'étude, une entente sur les diverses appellations devient nécessaire.

L'incision des parois de la vésicule biliaire, telle qu'on la pratiquait dans toute la première période, c'est-à-dire sur des vésicules adhérentes ou fistuleuses, pour des phlegmons péri-cholécystiques, reçut de Rossi¹, en 1846, le nom de **cystifelléotomie** (*cistifellea*, en italien = vésicule biliaire).

Nous ne nous occuperons pas de ces opérations, qu'à l'exemple de Terrier on pourrait appeler *atypiques*.

MARION SIMS², en 1878, lors de sa première opération, la désigne sous le nom de **cholécystotomie**.

RANSOHOFF³, en 1882, propose celui de **cholélithectomie**.

DURIAU⁴, en 1885, n'étudiant que la création d'une fistule, l'appelle **taille biliaire**.

1. ROSSI. — *Annali universali di Medicina*. 1847, 3^e série, t. XXV, p. 215.

2. M. SIMS. — *Loc. cit.*

3. RANSOHOFF. — *Loc. cit.*

4. DURIAU. — *Loc. cit.*

BARDENHEUER¹, en 1887, imagine le nom de **cholélithotomie**.

Le mot **cholécystotomie** de Sims sera le terme général que nous emploierons, n'impliquant en lui-même que l'idée d'incision de la vésicule biliaire.

Dans certains cas, une fois l'organe incisé, on cherche à le maintenir ouvert plus ou moins longtemps et pour des raisons que nous verrons plus loin, on établit ainsi, comme dans la gastrostomie, une véritable bouche ; c'est ce que COURVOISIER appelle : **cholécystostomie** (στομα, bouche), DURIAU : **taille biliaire**, TERRIER² : **fistule biliaire artificielle**. La première dénomination nous semble très juste, nous la maintiendrons.

Comme dans le traitement des kystes hydatiques du foie, cette opération peut se faire **en un seul temps** ou **en deux temps**. Nous avons ainsi deux procédés de cholécystostomie.

Si jusqu'ici, dans la majorité des cas, on a cherché à créer une fistule, dans d'autres, moins nombreux il est vrai, les chirurgiens, après ouverture de la vésicule et extraction des calculs, pratiquent la suture des lèvres de la plaie vésiculaire et celle de la plaie abdominale. C'est l'opération que Terrier désigne sous le nom de **cholécystotomie proprement dite**.

Dans un premier procédé, la vésicule suturée est abandonnée dans la cavité abdominale, c'est la **cholécystotomie idéale** des Américains (Bernays), la **cholécystotomie à sutures perdues** des Français, la **cholécystendyse** de Courvoisier (ενδυω, enfoncer, remettre en place).

Dans un deuxième procédé, la vésicule *suturée* est fixée à la plaie abdominale qui est encore refermée comme dans le pre-

1. BARDENHEUER. — *Mittheilungen a. d. Kölner Bürgerhospital*. H. IV, 1887 p. 144.

2. F. TERRIER. — *Bull. de l'Acad. de méd.* 4 novembre 1890, p. 591.

mier. Nous proposons pour cette opération le nom de **cholécystotomie proprement dite** avec **cholécystopexie** ($\pi\eta\xi\acute{\iota}\varsigma$, fixation).

Quel que soit le *modus faciendi*, quelle que soit l'affection qui ait amené l'intervention chirurgicale, avant de la terminer, une opération complémentaire de toutes les précédentes s'impose : le **cathétérisme des voies biliaires**, question encore à l'étude et dont nous dirons quelques mots.

CHAPITRE PREMIER

GÉNÉRALITÉS OPÉRATOIRES

Avant d'étudier les procédés opératoires que comporte l'intervention chirurgicale dans les affections des voies biliaires indirectes, voyons où doit porter le bistouri dans l'incision des parties molles, et, quand la vésicule est mise à nu, comment il faut l'ouvrir.

A. — Incision des téguments.

Il est inutile de dire que les précautions antiseptiques préopératoires et opératoires de toute laparotomie seront prises ou qu'au moins une stricte asepsie sera de rigueur.

Le malade prendra, dans les quelques jours qui précèdent l'opération, des cachets de Naphtol, de façon à réaliser autant que possible de l'asepsie intestinale, et un purgatif la veille, de même qu'un grand bain. Après avoir rasé et lavé la région sur laquelle on doit opérer, on appliquera un pansement composé de compresses de sublimé.

Les instruments, stérilisés à l'étuve, seront maintenus pendant toute l'opération dans un bain d'eau distillée et stérilisée à laquelle on ajoutera une certaine quantité d'acide phénique à 50 p. 1000.

1. *Région.* — De prime abord, il semble presque inutile de parler de la région sur laquelle doit se faire l'incision. En effet, la paroi abdominale antérieure paraît tout indiquée. Cependant

WRIGHT en 1885, et MEARS en 1890, ont pratiqué une **incision lombaire**, croyant, il est vrai, avoir à opérer sur le rein. Nous ne commenterons pas davantage ce procédé qui est à rejeter, et il ne sera question pour nous que d'incision abdominale.

2. *Siège.* — D'une façon générale, on peut dire que l'incision doit porter sur le point le plus saillant de la tumeur biliaire et quand celle-ci n'existe pas, sur le point où siège, en anatomie normale, le fond de la vésicule.

Or, les anatomistes nous disent que le fond de la vésicule biliaire normalement remplie forme habituellement sous le foie une petite saillie, qui répond à l'extrémité antérieure de la dixième côte (Cruveilhier), à la partie moyenne du rebord des fausses côtes droites (Sappey); au rebord du neuvième cartilage de droite et au bord externe du muscle droit antérieur de l'abdomen.

D'après les expériences faites sur le cadavre par CALOT¹, il répondrait au petit ligament qui rattache la portion cartilagineuse de la dixième côte à l'angle du neuvième cartilage, point de repère signalé à gauche par Ch. Labbé pour la gastrostomie. Aussi la plupart des chirurgiens mènent-ils l'incision sur le bord externe du muscle grand droit, région que Félizet appelle « la ligne blanche latérale ». C'est le procédé employé par L. Tait, l'ardent défenseur de la cholécystostomie.

Cette *incision latérale* n'intéresse pas en effet de vaisseaux importants; un simple pincement ou une torsion suffisent à assurer l'hémostase.

Mais si elle permet d'arriver directement et rapidement sur la tumeur, elle présenterait un grand inconvénient pour l'exploration des canaux biliaires d'après des expériences de Calot.

1. CALOT. — *De la Cholécystectomie*. Th. Paris, 1890-1891.

Ceux-ci siègent à une distance « d'environ 6 à 7 centimètres au dedans de la ligne opératoire et dans la profondeur au fond d'une espèce d'infundibulum ». Ce désavantage, sérieux s'il s'agit de faire une cholécystectomie, ne l'est plus autant pour les opérations qui nous occupent et disparaît même totalement. En effet, si l'on veut explorer les canaux cystique et cholédoque, cette exploration est toujours plus facile lorsqu'on a déjà sous les yeux la vésicule comme point de repère. Avec la main, on suit la face inférieure de cet organe et on arrive ainsi plus sûrement aux canaux vecteurs. Avec l'incision médiane, on tombe dans un véritable filet composé d'anses intestinales, des vaisseaux qui se rendent au foie et au système biliaire, des canaux qui en sortent et des replis épiploïques.

Dans une deuxième variété, l'incision est pratiquée sur la ligne médiane au-dessus ou au-dessous de l'ombilic, ou bien passe par ce dernier. Cette *incision médiane*, beaucoup moins employée que la précédente, ne l'est guère que dans les cas où le diagnostic est incertain, ou s'il s'agit de distension énorme de la vésicule.

Le seul avantage qu'elle présente, est l'exploration plus facile des canaux biliaires. Par contre, elle s'éloigne considérablement du fond de l'organe, celui-ci étant normalement à une distance de 12 centimètres de la ligne blanche (Calot). Dès lors, si la vésicule n'est pas trop dilatée et pour peu qu'elle soit retenue par des adhérences solides, il devient impossible de l'attirer au dehors, de la fixer aux lèvres de la plaie ou de la refermer. L'opérateur est alors obligé de faire une deuxième incision parallèle à la première sur la ligne blanche latérale, comme LÉVY¹ en rapporte une observation. D'autre part, l'incision mé-

1. LÉVY. — *Centralbl. für Chir.* 1892, n° 9.

diane expose plus aux hémorrhagies ; Brown, Courvoisier, ont dû faire la ligature d'un grand nombre de vaisseaux, le premier fit même celle de l'épigastrique.

Dans une communication sur « la **cholécystotomie chez les enfants** », Vincent² propose l'abandon de l'incision latérale et l'adoption de l'incision médiane sus-ombilicale. Cette règle nous semble un peu trop absolue. Dans l'observation qu'il rapporte, cette dernière incision eût été préférable, il est vrai, car il s'agissait d'une tumeur énorme, s'étendant presque dans la fosse iliaque gauche ; de plus, dans le cas particulier, le foie était hypertrophié. Ce chirurgien, voyant que la première incision était insuffisante, n'aurait-il pas pu pratiquer aussitôt après celle qu'il recommande et éviter ainsi une suture au niveau du foie, qui amena par ulcération une hémorrhagie incoercible ? Donc, chez les enfants, suivant le conseil de Vincent, on doit préférer, par crainte d'un abaissement trop considérable du foie, l'incision médiane sus-ombilicale.

3. *Direction*. — L'incision peut être verticale, transversale, oblique, à lambeau courbe ou angulaire.

Nous avons vu en étudiant les incisions latérale et médiane, quels étaient les avantages de l'incision verticale.

Quant à l'incision transversale, elle a été employée un certain nombre de fois, mais le plus souvent combinée à l'incision verticale, formant ainsi un lambeau angulaire. Elle donne moins de jour que l'incision verticale et présente de sérieux inconvénients au point de vue des éventrations consécutives, de la difficulté de réunir convenablement les deux tronçons musculaires et surtout de l'hémorrhagie en nappe, qui succède à cette incision musculaire et qui est toujours très difficile à arrêter.

2. VINCENT. — *Congrès français de chir.* 3^e session. Paris, 1888, p. 567.

BLAISE.

L'incision oblique, plus ou moins parallèle au bord des côtes, présente les mêmes inconvénients. Il en est de même de l'incision proposée par DE ROUBAIX¹; elle commencerait à un pouce au-dessous de l'apophyse xiphoïde, puis traverserait obliquement sur une longueur de trois à quatre pouces le muscle droit, enfin redeviendrait horizontale sur une certaine longueur en dehors et en arrière. KOCHER² fait une incision à peu près semblable mais plus régulière; elle est à convexité inférieure à 6 ou 8 centimètres du rebord costal.

En résumé, l'opérateur doit se guider sur les circonstances dans le choix de l'incision et la direction qu'elle doit prendre.

Mais celle qui, à notre avis, réunit le plus d'avantages, c'est l'incision verticale sur le bord externe du muscle droit. Dans le cas où elle ne permet pas une exploration minutieuse des canaux biliaires, on peut mener une incision perpendiculaire à l'extrémité de la première, se dirigeant vers la ligne blanche, mais à la condition qu'elle ne divise pas totalement le muscle droit.

4. *Longueur.* — En général, que l'incision soit médiane ou latérale, il suffit de lui donner une longueur de 5 à 6 centimètres. On peut toujours l'agrandir suivant les nécessités de l'opération.

La peau une fois incisée, on prend les précautions habituelles pour la division des couches suivantes. On pratique, chemin faisant, la ligature ou le pincement provisoire des vaisseaux qui sont coupés, car à l'occasion de la section des plus insignifiantes, il faut s'attendre à un écoulement de sang assez notable. C'est une prédisposition signalée par VERNEUIL chez les malades atteints d'affection hépatique.

1. DE ROUBAIX. — *Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1885, p. 372.

2. KOCHER. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 15.

Il faut user de la plus grande prudence lorsqu'on arrive sur le péritoine ; c'est sur la sonde cannelée qu'il faut l'inciser, car il peut exister un foyer de péritonite adhésive, ou bien la vésicule dilatée et tendue peut venir brusquement faire saillie entre les lèvres de la plaie ; dans ce cas on s'exposerait à l'ouvrir prématurément sans avoir eu le temps de protéger la cavité péritonéale.

B. — Ponction de la vésicule.

Quel que soit le procédé opératoire employé, excepté dans la cholécystostomie en deux temps, il est bon de débarrasser la vésicule dilatée de son contenu par une ponction avec un trocart. Cette ponction, conseillée par WITZEL, est faite autant que possible sur le fond de l'organe. Il en résulte que lorsqu'on ouvre la vésicule ou qu'on la fixe par des sutures, il n'y a pas à craindre l'issue d'un liquide plus ou moins septique dans la cavité péritonéale ; le danger sera surtout conjuré si l'on a bien soin d'insinuer des compresses aseptiques entre la tumeur et les lèvres pariétales. On évite de la sorte les accidents que le contact infectieux pourrait amener du côté de la séreuse.

La ponction de la vésicule permet en outre l'exploration plus facile de cette dernière et des canaux vecteurs.

L'orifice peut toujours être fermé provisoirement à l'aide d'une pince à kyste.

C. — Incision de la vésicule.

L'ouverture de la vésicule doit nécessairement passer par le point de ponction ; elle est de préférence verticale ou légèrement oblique vers le col. D'ailleurs la direction de cette incision dé-

pend de celle des parties molles. Il est évident que si cette dernière est transversale, celle de la vésicule doit être telle, qu'on puisse facilement et sans traction en suturer les lèvres à celles de la plaie abdominale, par exemple dans la cholécystostomie en un temps.

Nous avons jugé utile de donner ces généralités pour éviter les redites à propos de chacun des procédés dont nous allons étudier la technique opératoire.

CHAPITRE II

CHOLÉCYSTOSTOMIES

La cholécystostomie, nous l'avons déjà dit, est une opération qui a pour but d'inciser la vésicule biliaire et d'établir une bouche cysto-cutanée, afin d'en extraire les calculs et de la débarrasser des liquides qu'elle peut contenir.

Cette opération peut être pratiquée suivant deux procédés bien différents : la cholécystostomie en *deux temps* et la cholécystostomie en *un temps*.

§ I. — Cholécystostomie en deux temps.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

La cholécystostomie en deux temps consiste à attendre, pour ouvrir la vésicule, que celle-ci ait contracté des adhérences avec la séreuse péritonéale.

Ce procédé, assez en honneur en Allemagne, semble devoir être justement abandonné de nos jours. En effet, ces adhérences ne sont pas toujours très solides et peuvent se rompre par les efforts de vomissements.

Premier temps : Formation des adhérences.

On peut procéder de deux façons différentes pour déterminer une inflammation adhésive entre la vésicule et le péritoine.

Nous ne parlerons pas des applications cutanées de BLOCH, pas plus que de celles de potasse caustique sur la séreuse de RICHTER. Cette manière de faire est complètement à rejeter, car elle peut entraîner des péritonites mortelles ainsi que cela est survenu dans certains cas de traitement de kystes hydatiques par cette méthode ; d'ailleurs ces applications caustiques ne déterminent pas toujours sûrement les adhérences.

1° Après avoir incisé les parties molles et le péritoine, la vésicule étant découverte, on se contente, dans un premier procédé, de bourrer la plaie de gaze à l'iodoforme ou au sublimé, de façon à maintenir la vésicule accolée aux lèvres de la plaie abdominale. Puis on applique un pansement antiseptique et on attend la formation des adhérences.

2° Il peut arriver que la tumeur biliaire ne soit pas très considérable et ne puisse être maintenue au contact de la plaie. Dans ces cas, on suture la paroi de la vésicule aux lèvres de l'incision. Pour cela on se sert d'une aiguille courbe, assez fine, ronde, de façon que les trous de piqûres soient les plus petits possible. D'ailleurs pour éviter l'écoulement du contenu dans la cavité péritonéale, la suture passant par le péritoine pariétal, ne doit comprendre que la séreuse vésiculaire et la musculieuse, ce qui est toujours très difficile, étant donné l'amincissement de la paroi cystique dans les cas de tumeurs volumineuses. Une série de points séparés sont ainsi placés tout autour de la plaie abdominale. Comme fil : la soie ; le fil d'argent et le crin de Florence ont aussi servi dans ces cas.

Deuxième temps : Ouverture de la vésicule.

Dans une deuxième séance, éloignée de la première d'au moins quatre jours et qui peut aller jusqu'à quinze, car il est

arrivé qu'après dix jours les adhérences n'étaient pas formées, on pratique l'incision de la vésicule. Précédée ou non d'une ponction, cette ouverture est faite de préférence au bistouri ; les ciseaux peuvent être employés ; MIKULICZ a même eu recours au thermo-cautère. Il suffit de lui donner une longueur de 3 à 4 centimètres ; une telle ouverture permet l'introduction d'un ou deux doigts et des instruments nécessaires à l'extraction des calculs.

Modification de Landerer. — Il peut arriver que la vésicule biliaire ne se présente pas dans le champ opératoire, qu'elle n'affleure même pas le bord antérieur du foie, qu'on est obligé de soulever légèrement pour l'apercevoir et en libérer le fond. C'est en présence de telles circonstances que LANDERER, dans un cas d'empyème, s'est servi de ce procédé étrange : comme il ne pouvait inciser directement la vésicule, il fixa dans une première séance, la partie du foie qui la recouvrait à la plaie abdominale. Les adhérences établies, au bout de seize jours il traversa le foie jusqu'à la vésicule biliaire avec un trocart, puis au thermo-cautère. Il s'écoula un flot de pus et du sable biliaire. Cette manière de pratiquer la cholécystostomie en deux temps, ne nous semble pas devoir être recommandée.

Extraction des calculs.

L'extraction des calculs de la vésicule et du canal cystique est une manœuvre opératoire des plus importantes dans toute cholécystostomie. Malheureusement elle présente souvent beaucoup de difficultés ; aussi faut-il user de patience et n'abandonner jamais un calcul, ce qui rendrait l'intervention à peu près inutile.

La vésicule une fois ouverte, le liquide s'écoule et entraîne souvent avec lui des calculs. Aussitôt après on la lave avec une solution désinfectante ; celles d'acides salicylique, borique, de sublimé ont été employées indifféremment. Nous recommandons, si l'on emploie la solution de sublimé, d'y ajouter de l'acide tartrique afin d'empêcher la formation d'albuminate insoluble, surtout dans les cas d'hydropisie de la vésicule. L'eau distillée, stérilisée, suffit dans certains cas. Cette irrigation entraîne souvent encore des concrétions. C'est alors qu'on s'assure s'il ne reste plus de calculs dans la vésicule et le canal cystique. Cette exploration sera faite avec prudence, car la paroi vésiculaire peut être amincie à certaines places, ulcérée, et une déchirure serait à craindre.

Le plus souvent, et c'est la meilleure manière de procéder, on se sert des doigts ; de cette façon, le chirurgien sait toujours où il va, se rend compte de la minceur des parois, de l'enchatonnement possible d'un calcul, qui souvent se loge dans un repli de la muqueuse et quelquefois dans des diverticules de la vésicule ou du canal cystique. C'est par de douces pressions qu'il faut chercher à le détacher, en plissant la vésicule biliaire entre deux doigts par la cavité abdominale et en poussant de côté et d'autre, comme le conseille Courvoisier. On peut se servir aussi de pinces, de spatules, de curettes, et dans les cas de calculs volumineux, de tenettes ordinaires. Parfois aussi les calculs peuvent être évidés à l'aide de petites curettes, puis broyés avec les doigts ou une pince quelconque à l'exemple de Mac Gill, Ransohoff et Terrillon.

Plusieurs fois on a fait entrer de force entre la paroi du canal et le calcul, des curettes ou des crochets, et on a pu en faire l'extraction.

Choléolithotripsie indirecte de L. Tait. — Trois fois, Tait s'est

servi d'un procédé spécial qu'il appelle « cholélithotritry ». A l'aide d'une pince dont les mors sont recouverts d'une plaque de caoutchouc il brise les calculs à travers la paroi du canal cystique et repousse les fragments dans la vésicule. Il ne faut pas confondre cette opération avec une semblable qui se pratique sans cholécystostomie. Dans ces cas, les fragments sont repoussés directement dans l'intestin.

L'extraction des calculs terminée, on s'assure de la perméabilité des canaux cystique et cholédoque, en pratiquant le cathétérisme. Cette autre opération complémentaire, qui fera l'objet d'un chapitre spécial, n'est pas nécessaire lorsque, par exemple après l'extraction, un flot de bile apparaît dans la vésicule, ce qui indique toujours la perméabilité du canal cystique.

Après toutes ces manœuvres, on lave de nouveau la vésicule avec une des solutions déjà indiquées : on place un drain et on applique un pansement antiseptique composé de gaze iodoformée ou salolée, de coton hydrophile et de ouate.

Tel est le manuel opératoire de la cholécystostomie en deux temps, dont nous allons donner les observations résumées dans le tableau synoptique suivant.

TABEAU.

4

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Tableau synoptique des observations

NOTA. — La lettre (G), entre parenthèses, indique la date de la ponction.

N ^{os}	OPÉRATEUR.	DATE.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPERATION.
1	Blodgett	4 février 1878	H	»	Occlusion cholédoque.	Procédé en deux temps.
2	Kocher	18 juin 1878	F	30	Tumeur prise pour rein flottant. — Ponction : Empyème de la vésicule	
3	König.	1882	F	47	Hydropisie de la vésicule	
4	Bardenheuer.	22 avril 1884.	F	27	Rein mobile.	
5	Riedel	16 février 1885.	F	25	Dilatation de la vés. bil.	
6	Bardenheuer.	1 ^{er} juillet 1885.	F	44	Tumeur sous le rebord costal	
7	Ohage	24 février 1886	F	42	Cholélithiase, dilatation de la vés. bil.	
8	Bardenheuer.	1886	F	»	Rein mobile.	
9	Fritzsche	20 juin 1886	F	55	Dilatation de la vés. bil.	
10	Langenbuch.	Décembre 1886.	F	»	Sympt. d'obstruction du cholédoque	
11	Langenbuch.	1886	F	»	Idem.	
12	Lücke	22 janvier 1886.	F	32	Cholécystite suppurée.	
13	Tilmans.	8 janvier 1887	F	55	Ictère intense	
14	Th. Jones.	1887	F	56	Pyonéphrose.	
15	Socin.	26 mai 1887	F	34	Dilatation de la vés. bil.	
16	Credé	1887	F	»	Cholélithiase.	

EN DEUX TEMPS

tions par ordre chronologique.

thèses, signifie : *Guérison avec fistule.*

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFINITIFS.	
Coma, mort le 3 ^e jour avant le 2 ^e temps.		†	Cancer du pancréas comprimant le canal cholédoque.
Pus fétide, 11 calculs		G	
Mucus, 40 calculs.	Fistule muqueuse	(G)	
1 calcul dans le col.		G	
2 calculs.		G	
1 gros calcul du can. cyst. est extrait au bout de 15 jours.	Fistule biliaire.	(G)	
Pus, 41 calculs, 1 dans le cholédoque	Fistule muqueuse	(G)	
?		G	
Pus, 4 calculs, 1 calcul du can. cyst. extrait 2 mois après.	Fistule muqueuse	(G)	
Pus.	Fistule biliaire.	(G)	
Pus.		G	Autopsie : Cancer compr. can. bil. (Autopsie : Cancer du pancréas et du foie, pneum. hypostatique.
Empyème, pas de calcul.		G	
302 calculs.	Mort par cholémie	†	
Empyème, 1 calcul		G	
1 litre de bile	Mort au bout de 2 jours.	†	
?	Fistule muqueuse, guérie au bout de 2 ans	G	

Nos	OPÉRATEUR.	DATE.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
17	Riedel	6 septembre 1887. . .	F	30	Rein mobile?	Procédé en deux temps.
18	Riedel	28 septembre 1887 . .	F	49	Dilatation de la vès. bil.	
19	Riedel	28 octobre 1887. . . .	F	42	?	
20	Riedel	13 janvier 1888. . . .	F	39	Dilatation de la vès. bil.	
21	Riedel	24 janvier 1888. . . .	F	30	Rein mobile.	
22	Riedel	28 janvier 1888. . . .	F	28	Dilatation de la vès. bil.	
23	Riedel	28 février 1888. . . .	F	36	Idem.	
24	Bardenheuer. . . .	3 mars 1888	F	30	?	
25	Riedel	14 mars 1888.	F	42	Dilatation de la vès. bil.	
26	Bardenheuer. . . .	2 mai 1888.	F	31	Cholélithiase.	
27	Riedel	15 mai 1888	F	40	?	
28	Riedel	31 mai 1888	F	56	Dilatation de la vès. bil.	
29	Bardenheuer. . . .	17 septembre 1888 . .	F	36	?	
30	Mikulicz	26 novembre 1888 . .	F	41	Empyème de la vès.	
31	Lauenstein	Janvier 1890	F	43	Idem.	
32	Kümmell	1890	F	30	Empyème et calculs du canal cystique .	
33	West Hughes	1891	—	—	Empyème de la vès.	
34	Levy	1892	F	41	Tumeur dans l'hypoch. droit	
35	Merkel	1892	F	60	Tum. du pylore ou rein flottant	
Modification						
36	Landerer	1886	F	35	Empyème de la vès. bil.	

ETAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS:	DÉFINITIFS.	
Empyème	Fistule séreuse	(G)	Après quelques mois récidive.
Empyème, 110 calculs.		G	
Bile épaisse, pas de calculs.		G	
Sérosité, 130 calculs.		G	
Pus, 1 calcul, paroi a 3 cm. d'épaisseur		G	
Sérosité, 3 calculs, paroi a $\frac{1}{2}$ cm.		G	
Calculs, paroi a $\frac{3}{4}$ de cm.		G	
Calculs de la vès. et du can. cystique		G	
Sérosité	Fistule biliaire.	(G)	
40 calculs	Idem	(G)	
Sérosité, extraction de 2 calculs après broiement		G	La mal. est enc. en traitem. en 1890.
Paroi sarcomateuse	Fistule biliaire.	(—)	
Calculs		?	
Empyème, calculs.		G	
Pus, 6 calculs	Fistule biliaire.	(G)	
Pus, 20 calculs, 2 dans le can. cyst.	Petite fistule biliaire	(G)	
24 onces de pus, 3 calculs enlevés les jours suivants		G	
Calculs, pus		G	
Sérosité, 1 calcul non extrait		G	
de Landerer.			
Pus et sable biliaire.	Fistule biliaire.	(G)	

Résultats de la cholécystostomie en deux temps.

Sur les 36 opérations de cholécystostomie en deux temps (en comptant la modification de Landerer), nous avons 3 morts, 1 résultat douteux, 1 non donné et 31 guérisons.

Les cas de mort sont dus à l'opération, en ce sens que c'est l'intervention qui a hâté le dénouement fatal chez des cancéreux. Les trois opérés étaient atteints de cancer du pancréas comprimant le canal cholédoque (n^{os} 4, 12 et 19).

Un des deux malades pour lesquels le résultat est incertain, encore en traitement en 1890, était aussi un cancéreux.

Deux fois RIEDEL (16 et 19) a donné quelques mots sur les résultats éloignés ; dans le premier cas, la fistule muqueuse guérit au bout de deux ans, dans le second il y a eu récurrence après quelques mois.

Nous pouvons résumer les résultats définitifs dans le tableau suivant :

Mort après le premier temps.	4	}	3
— le deuxième temps	2		
Résultats douteux			2
Sortis avec fistule biliaire	7	}	11
— fistule muqueuse	4		
Définitivement guéris.			20
Total			36

La mortalité serait donc de 8.33 p. 100.

§ II. — Cholécystostomie en un temps.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Il y a 14 ans seulement, le 18 avril 1878, que MARION SIMS pratiquait la première cholécystostomie en un seul temps. L'année suivante, LAWSON TAIT commençait sa série extraordinairement heureuse de cinquante-six cas et vulgarisait l'opération de Sims sous le nom de *cholécystostomie naturelle*.

Le manuel opératoire, quoique bien simple, comprend cependant deux procédés : dans l'un, le plus ancien et le plus employé, la vésicule est d'abord incisée et n'est fixée à la plaie abdominale qu'à la fin de l'intervention ; c'est cette opération qui est désignée par COURVOISIER et TERRIER sous le nom de *cholécystostomie à incision première et fixation dernière*. Dans l'autre on procède d'une façon inverse ; c'est la *cholécystostomie à fixation première et incision dernière*, employée pour la première fois par Ransohoff.

I. — PROCÉDÉ DE SIMS

CHOLÉCYSTOSTOMIE A INCISION PREMIÈRE ET FIXATION DERNIÈRE

Premier temps : Exploration.

Après avoir incisé la paroi abdominale, ainsi que le péritoine, on explore la vésicule biliaire en introduisant deux doigts ou, s'il le faut, toute la main dans la cavité abdominale. Cette exploration terminée, la tumeur biliaire est attirée, autant que faire se peut, entre les lèvres de la plaie. On la libère, s'il est néces-

saire, des adhérences qu'elle a pu contracter avec les organes voisins. Ce premier temps nécessite beaucoup de précaution, car les parois vésiculaires peuvent être altérées et très friables. Par l'exploration on se rend justement compte de leur état et surtout de celui des canaux vecteurs ; on recherche avec soin s'il existe des calculs engagés dans les canaux cystique et cholédoque. Lorsqu'on en reconnaît la présence, on peut déjà, par des pressions modérées, essayer de les repousser dans la vésicule ou l'intestin.

On constate aussi s'il existe des productions néoplasiques du côté des organes biliaires, du foie et du pancréas.

Deuxième temps : Ponction et incision de la vésicule.

Avant de pratiquer la ponction, on prend les soins les plus minutieux dans la protection du péritoine. Si la tumeur biliaire est pour ainsi dire luxée entre les lèvres de la plaie, on n'a qu'à l'entourer de compresses, sinon il faut placer à la partie inférieure de la plaie des éponges montées, ou de préférence des compresses cuites aseptiques.

La ponction est faite avec un trocart, avec ou sans aspiration, suivant la profondeur à laquelle se trouve la vésicule, qui est ainsi débarrassée de la plus grande partie de son contenu.

Elle est ensuite incisée avec des ciseaux (Sims) ou mieux avec un bistouri, suivant la direction de la plaie extérieure et sur une longueur suffisante à l'introduction d'un ou deux doigts et des instruments. On procède ensuite à l'extraction des calculs de la façon dont nous avons parlé et aussi complètement que possible. Cette opération est suivie du cathétérisme des voies biliaires.

Troisième temps : Fixation de la vésicule à la plaie abdominale.

Après avoir lavé la vésicule avec une solution antiseptique, on procède à la suture de la plaie vésiculaire à la plaie pariétale. Ce point de technique opératoire, sur lequel les chirurgiens ne s'étendent pas dans la description de leurs opérations, mérite cependant d'être précisé.

La méthode suivante semble réunir tous les avantages, lorsqu'il s'agit de créer une fistule persistante et par suite empêcher le liquide qui s'écoulera ultérieurement par la fistule de suinter entre la séreuse péritonéale et la paroi.

Pendant qu'un aide maintient avec des pinces à forcipressure les deux lèvres de l'incision de la vésicule, l'opérateur place un point de suture à chaque extrémité de cette incision, à un centimètre à peine au-dessus et au-dessous des angles de la plaie vésiculaire. Ces deux anses de fil, supérieure et inférieure, comprennent chacune de dehors en dedans : une certaine partie de la paroi musculaire, le péritoine pariétal et du côté de la vésicule forment le point de Lembert, pour traverser ensuite de dedans en dehors le péritoine et la paroi musculaire.

Ces deux points de suture unissent ainsi la séreuse vésiculaire à la séreuse pariétale au niveau des angles de la fistule ; il n'est pas besoin d'insister sur leurs avantages de fixation et de protection. Pour la formation de la fistule, on établit deux plans de suture. Le premier est composé d'une série de points séparés, qui comprennent une partie de la paroi musculaire, le péritoine et la séreuse viscérale. Trois de ces points, ainsi placés perpendiculairement sur les deux lèvres de l'incision vésiculaire, suffisent en général. Le second plan sert à unir autant

que possible la muqueuse de la vésicule aux téguments. Cette suture muco-cutanée n'est utile et ne doit jamais être employée que lorsqu'on veut établir une fistule persistante, ce qui est très rare, étant donnés les inconvénients de cette fistule.

Le reste de la plaie pariétale est fermé au-dessous et au-dessus de la fistule, comme dans toutes les laparotomies, par un premier plan de sutures pour le péritoine et un second pour les couches sus-jacentes.

Il est bon de se servir pour cette fixation ou suture de la vésicule d'une petite aiguille courbe, fine et ronde, et comme fil : de la soie, le catgut étant beaucoup moins aseptique et trop rapidement résorbable. Quant à la soie, elle sera, avant l'opération, placée pendant une demi-heure au moins dans une étuve sous pression, de façon à éviter les accidents qui surviennent si souvent lorsqu'on s'est contenté de la laisser dans une solution d'acide phénique ou de sublimé (cas 234).

On place généralement un drain dans la fistule, et un pansement sec antiseptique complète l'opération.

Nous donnons dans les tableaux suivants toutes les observations que nous avons pu trouver, dans lesquelles l'opérateur a employé le procédé de Sims.

CHOLÉCYSTOSTOMIES EN UN TEMPS



PROCÉDÉ DE SIMS

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Procédé

N ^{os} .	OPÉRATEUR.	DATES.	SEXE.	ÂGE.	DIAGNOSTIC.
37	Bobbs	16 juin 1867	F	30	Kyste de l'ovaire
38	Marion Sims	18 avril 1878	F	45	Hydropisie de la vésicule
39	Keen	4 novembre 1878. . .	F	60	Obstruction du canal cystique.
40	L. Tait	23 août 1879	F	40	?
41	D'après Rother. . . .	17 mai 1881.	F	38	Tumeur abdominale
42	Péan	1881	F	40	Kyste sous-péritonéal enflammé et suppuré
43	L. Tait	10 octobre 1881 . . .	F	55	Suppuration de la vésicule
44	L. Tait	15 juillet 1882. . . .	F	28	Distension de la vésicule.
45	L. Tait	13 octobre 1882. . . .	F	39	Idem
46	Eddowes	31 octobre 1882. . . .	F	53	Tumeur adhérente au foie
47	L. Tait	5 janvier 1883. . . .	F	38	Distension de la vésicule.
48	L. Tait	6 avril 1883.	F	35	Lithiase biliaire
49	L. Tait	10 avril 1883	F	42	Idem
50	Keen	19 juillet 1883. . . .	H	31	Distension de la vésicule.
51	Savage	6 octobre 1883. . . .	H	50	Tumeur sous le foie.
52	Gardner.	31 octobre 1883 . . .	F	38	Tum. de l'hyp. dr. fluctuante, kyste hydat. ?
53	L. Tait	14 novembre 1883 . .	F	44	Lithiase biliaire
54	L. Tait	20 décembre 1883 . .	F	44	Idem
55	Wood	1883	H	31	Empyème de la vésicule
56	Boeckel	3 décembre 1882. . . .	F	41	Obstruction du cholédoque, fistule ombilicale
57	Boeckel	12 mars 1883	H	31	Lithiase biliaire
58	L. Tait	28 avril 1883	F	66	Distension de la vésicule
59	L. Tait	8 juin 1884	F	41	Lithiase biliaire.
60	Savage	17 mai 1884.	H	23	Idem
61	L. Tait	5 juin 1884.	F	36	Idem
62	L. Tait	26 juin 1884	F	44	Idem
63	L. Tait	7 août 1884.	F	63	Idem
64	Taylor	5 septembre 1884 . .	F	43	Tumeur solide de l'épiploon
65	Mac-Gill	1884.	H	—	Hydropisie de la vésicule.
66	Parkes	19 décembre 1884 . .	F	29	Dilatation de la vés., obstruct. du cholédoque

OPÉRATION.

PROCÉDÉ DE SIMS.
Cholécyctomie à incision periclitale et fixation de la vésicule.

EN UN SEUL TEMPS

e Sims.

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFIN.	
liq. opalesc. 50 calc., 1 dans le can. cyst.	Guérison en 1 mois . . .	G	
extraction de 66 calculs avec pinces, épon-	Hémorrhagie par la plaie,	†	<i>Autopsie</i> : Encore 16 calculs dans
ges, inject. d'eau phéniquée.	mort le 9 ^e jour.		les canaux biliaires.
as de calcul	Mort après 36 heures . . .	†	<i>Autopsie</i> : Cancer.
2 à 15 onces de liq. opalescent	Guérison	G	
mpyème, 192 calculs	Mort le soir	†	<i>Autopsie</i> : Calculs dans les can. hép.
calcul dans le fascia sous-péritonéal		G	et choléd., hémorrhagie par artère
mpyème		G	épigastrique.
emi-litre mucus glaireux, 80 calculs.	Fistule biliaire	G	Guéri en 3 mois.
6 calculs	Guérison	G	
		G	
ydropsie, pas de calculs		G	
calculs		G	
em		G	
mpyème	Sympt. de péritonite, hémor-		
	rhagie par la plaie . . .	†	<i>Autopsie</i> : Péritonite, pas de calc.
ydropsie, 14 calculs		G	
mpyème, 8 calculs		G	
calculs		G	
em		G	
is, occlusion du canal cystique	Fistule purulente	(G)	
coulement de bile et 10 calculs	Fistule guérie en 2 mois . . .	G	10 ans après l'op. la guér. persiste.
calculs	Guérison	G	En 1885 la guérison persiste.
ydropsie, pas de calculs		G	
lculs		G	
em		G	
em		G	
em		G	
em		G	
mpyème, pas de calcul	Fistule purulente	(G)	
calcul dans le canal cystique	Fistule guérie en 20 jours . . .	G	
e	2 calculs extraits	G	

Nos.	OPÉRATEUR.	DATES.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
67	L. Tait	13 janvier 1885 . .	F	50	Dilatation de la vésicule	
68	Wright	29 janvier 1885 . .	H	44	?	
69	Robson	Février 1885	F	22	Dilatation de la vésicule	
70	L. Tait	26 mars 1885	F	47	Lithiase biliaire	
71	Hutchinson	18 avril 1885	F	40	Tumeur ovarique	
72	L. Tait	11 juillet 1885	F	31	Cholélithiase	
73	Robson	21 juillet 1885	F	33	Tumeur de l'hypoc. droit	
74	L. Tait	3 octobre 1885	F	48	Dilatation de la vésicule	
75	Langenbuch	13 octobre 1885	H	40	Idem	
76	L. Tait	14 octobre 1885	F	48	Idem	
77	L. Tait	11 novembre 1885	F	32	Cholélithiase	
78	L. Tait	12 décembre 1885	F	57	?	
79	L. Tait	21 décembre 1885	H	43	Empyème	
80	L. Tait	28 janvier 1886	F	47	?	
81	Jansen	27 mars 1886	F	28	Hydropisie de la vésicule	
82	Mackay	28 mars 1886	F	40	Calcul du cholédoque, ascite	
83	L. Tait	8 mai 1886	F	45	Dilatation de la vésicule	
84	L. Tait	26 mai 1886	F	49	Lithiase biliaire	
85	L. Tait	4 juin 1886	F	53	Idem	
86	L. Tait	23 juin 1886	F	60	Dilatation de la vésicule	
87	L. Tait	12 juillet 1886	F	56	Tumeur biliaire	
88	L. Tait	17 juillet 1886	F	24	?	
89	L. Tait	3 août 1886	F	37	?	
90	Haslam	1886	F	36	Dilat. de la vés. et obstruct. du choléd.	
91	L. Tait	11 septembre 1886	F	61	Cholélithiase	
92	L. Tait	26 octobre 1886	F	24	?	
93	L. Tait	26 novembre 1886	F	40	Kyste paraovarique?	
94	L. Tait	6 décembre 1886	—	44	?	
95	L. Tait	14 décembre 1886	—	62	?	
96	Credé	1886	F	70	Dilatation de la vésicule	
97	L. Tait	17 janvier 1887	F	43	?	
98	Hirschberg	1 ^{er} février 1887	F	44	Empyème ou pyonéphrose	
99	Stuart-Nairne	Février 1887	F	—	Tumeur?	
100	L. Tait	19 février 1887	F	42	Lithiase biliaire	
101	L. Tait	4 mars 1887	F	46	Idem	
102	Hagemann	11 mars 1887	F	65	Coliques hépatiques	
103	Taylor	2 avril 1887	F	42	Tumeur à droite	

PROCÉDÉ DE SIMS.
Cholécystostomie et évacuation des calculs.

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFIN.	
calculs dans le col (lithotripsie)		G	Autopsie : Can. cyst. libre, pyélonéphr. g. calcul rein à droite. Plus tard cholécystectomie par Langenbuch.
calculs	Mort 1 mois après	†	
hydroisie, calculs biliaires	Fistule muqueuse	(G)	
calculs		G	1 an après va très bien.
pyérome, 2 calculs, 1 dans le can. cyst.	Fistule guérie en 6 sem.	G	
calculs		G	
hydroisie, 8 calculs dans le can. cyst.	Fistule muqueuse	(G)	
le, pas de calculs	Fistule biliaire	(G)	
calculs		G	
pyérome, 1 calcul dans le col	Fistule biliaire	(G)	
calculs		G	
calculs	Fistule biliaire	(G)	
calculs, nombreux calculs	Idem.	(G)	17 avril 1886, † cancer du foie.
calcul dans le can. cyst., lithotripsie	Idem.	(G)	
calcul dans le col	Idem.	(G)	
le, 1 calcul dans le canal cystique	Mort	†	Autopsie : Cancer du pancréas comprimant le cholédoque perforé.
9 calculs	Fistule biliaire	(G)	
calculs	Idem.	(G)	
calculs		G	
calculs, 24 calculs		G	
le, 7 calculs	Mort par cholémie	†	
calculs	Fistule biliaire	(G)	La mal. souffre d'un canc. du foie.
calculs		G	
calculs	Mort 2 mois après l'opér.	†	
pyérome, calculs	Mort dans le collapsus	†	Cancer du foie.
calculs		G	
calculs et 1 dans le col		G	
carcinome de la vésicule	Mort	†	Guérison maintenue en 1889.
calculs		G	
calcul dans le cholédoque	Mort le 3 ^e jour	†	
calculs		G	
pyérome, 1 calcul dans le can. cyst.	Fist. pur. guérie en 6 sem.	G	
le, plusieurs calc. extraits avec curette		G	
calculs		G	
em.		G	
calculs, obstruction du cholédoque	Fistule biliaire	†	
hydroisie, 4 calculs, 1 dans le can. cyst.		G	Mort au bout d'un an.

N ^{os}	OPÉRATEUR.	DATES.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION
104	Broadbent.	9 avril 1887.	F	33	Coliques hépatiques, tumeur?	
105	L. Tait	18 avril 1887	F	56	Lithiase biliaire.	
106	Kn. Thornton	13 mai 1887.	F	56	Obstruction du cholédoque	
107	L. Tait	20 mai 1887.	F	40	Lithiase biliaire.	
108	L. Tait	29 juin 1887	F	55	Idem	
109	L. Tait	20 juillet 1887.	F	43	Idem	
110	Zagorski	1887.	F	39	Tumeur biliaire.	
111	L. Tait	14 décembre 1887	F	58	Lithiase biliaire.	
112	Stuart Nairne	1888.	—	—	Tumeur sous le foie?	
113	Edwards	1888.	F	54	Dilatat. de la vés. et obstr. du cholédoque	
114	Hoffmann	1888.	—	—	Empyème	
115	Torrance	13 janvier 1888	F	37	Dilatation de la vésicule	
116	Robson	14 janvier 1888	F	—	Tumeur de la vésicule	
117	L. Tait	Janvier 1888.	—	—	?	
118	Niehans.	11 février 1888	F	48	Dilatation de la vésicule	
119	Terrillon	20 février 1888	F	—	Hydropisie de la vésicule.	
120	L. Tait	29 avril 1888	—	34	?	
121	L. Tait	4 mai 1888	—	29	?	
122	L. Tait	7 juin 1888	—	52	?	
123	Page	Juin 1888.	F	37	Coliques hépatiques	
124	Winiwarter	Juillet 1888	F	—	?	
125	L. Tait	10 juillet 1888.	—	43	?	
126	L. Tait	23 juillet 1888.	—	—	?	
127	L. Tait	24 juillet 1887.	—	37	?	
128	Mikulicz	24 juillet 1888.	F	37	Tumeur du colon transverse	
129	Terrillon	20 août 1888	F	25	Tumeur au niveau du creux épigastrique	
130	Jalaguier	16 août 1888	F	35	Hydropisie et oblit. du cholédoque.	
131	Frey	6 septembre 1888	F	—	Tumeur sous le foie?	
132	Terrier	8 mai 1888	F	52	Rein mobile?	
133	L. Tait	18 septembre 1888.	—	30	?	
134	L. Tait	27 septembre 1888.	—	40	?	
135	Courvoisier	15 janvier 1889	F	30	Dilatation de la vésicule	
136	Latouche	27 octobre 1888	F	42	Kyste du foie.	

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFIN.	
Empyème, 2 calculs et 1 dans le can. cyst.		G	
calculs		G	
calcul dans le can. cyst. et 2 calculs			
dans le choléd. sont broyés	Guérison en 6 semaines.	G	
calculs		G	
dem.		G	
dem.		G	
Hydropisie	Fistule biliaire.	G	
calculs		G	
glande épaisse, pas de calculs		G	
glande et 29 calculs	Mort dans le collapsus	†	
16 calculs	Fistule biliaire.	(G)	
Hydropisie, 43 calculs	Guérison en 6 semaines.	G	
Empyème	Fistule biliaire.	(G)	Le 2 mars 1889 : cholécystentérost.
Empyème, 1 calcul		G	
calculs dans les canaux cyst. et choléd.	Collapsus, mort le 4 ^e jour	†	Autopsie : Péritonite, can. cyst. et choléd. sont remplis de calculs.
100 gr. de liquide verdâtre, 1 calc. dans			
la vés. et 1 dans le can. cyst. morcelé.	Fist. g. après quelques mois	G	En 1891 la malade va très bien.
calculs		G	
dem.		G	
dem.		G	
Hydropisie, 2 calculs dans vés., beaucoup			
dans le can. choléd.	Guérison en 3 mois.	G	Après un an tout va bien.
Extraction d'un calcul du cholédoque . .	Ap. 5 sem. cathéter. du chol.	G	
calculs		G	
dem.		G	
dem.		G	
Hydropisie et 80 calculs	Guérison en 2 mois.	G	
100 gr. de liquide clair, incrustation cal-			
caire de la muqueuse.	Fistule guérie en 6 mois	G	
Hydropisie, pas de calcul	Fistule biliaire.	(G)	En mars 1889 dern. période de la phthisie, fistule persiste, †.
Hydropisie, 65 calculs	Mort au bout d'un mois	†	Autopsie : Cancer du pancréas comprimant le cholédoque.
lobe du foie flottant, 1 calcul dans la vés.	Guérison en 37 jours	G	En 1892 la malade va bien.
calculs		G	
dem.		G	
60 calculs, phlegmon de la paroi cyst. .		G	
us, 84 calculs, paroi incrustée	Fistule purulente.	†	† 2 m. ap. l'op. Aut. : hypertroph. d. f.

N ^{os} .	OPÉRATEUR.	DATES.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
137	L. Tait	8 janvier 1889. . .	—	54	?	
138	L. Tait	13 janvier 1889 . .	—	49	?	
139	Porter	10 février 1889 . .	F	52	Lithiase biliaire.	
140	Terrillon	28 février 1889 . .	H	18	Dilatation de la vésicule et kyste hydat.	
141	Smith	1 ^{er} mars 1889 . . .	F	—	Tumeur de la vésicule	
142	Courvoisier	5 mars 1889 . . .	P	31	Calcul du cholédoque	
143	Thornton	1889	F	40	Idem	
144	L. Tait	25 mai 1889. . . .	—	25	?	
145	L. Tait	18 juin 1889 . . .	—	31	?	
146	Kummell	1890	F	35	Tumeur de la vésicule	
147	Méars	1890	F	29	Rein mobile	
148	Courvoisier	18 mars 1890 . . .	F	48	Cholélithiase	
149	Terrillon	6 mars 1890 . . .	F	55	Cholécystite chronique et hydrop.	
150	Terrillon	21 avril 1890 . . .	F	65	Tumeur de la vésicule	
151	Terrillon	5 mai 1890	F	46	Obstruction du cholédoque	
152	Chaput	15 août 1889 . . .	F	46	Calcul du canal cystique	
153	Terrier	17 juillet 1890 . .	F	50	Dilatation de la vésicule	
154	Le Dentu	6 novembre 1890 .	F	41	?	
155	Ch. Périer.	Novembre 1890 . .	F	36	Tumeur biliaire.	
156	Picqué	1890	F	50	Lithiase biliaire.	
157	Terrillon	25 mai 1891. . . .	F	18	Dilatation de la vésicule	
158	Terrillon	7 juillet 1891 . . .	F	52	Cholécystite chronique.	
159	Matlakowski	1891	F	28	Tumeur biliaire.	
160	Le Dentu	9 février 1892. . .	F	39	Tumeur biliaire et obstruction du cholédoque	
161	Bœckel		F	66	Ictère chronique et tumeur au niveau de la v.	
162	Bœckel		F	53	Tumeur biliaire.	
163	Matlakowski		F	47	Hydropisie de la vésicule.	

PROCÉDÉ DE SIMS.

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFIN.	
calculs		G	
dem.		G	
empyème, 10 calculs	Guérison en 49 jours . . .	G	
00 gr. de liq. verdâtre, pas de calculs .	Fistule guérie en 6 mois .	G	En avril 1892, état excellent.
ile, 7 calculs		G	Ouverture de la cicatrice, écoulem. de bile, guérison.
calcul dans la vés., 1 calcul dans le chol. est broyé	Fistule biliaire	(G)	En 1890 : cholécystentérostomie.
c. dans le can. cyst. et cholédochotom.		G	
calculs		G	
dem.		G	
empyème, fistule entre vésicule et colon,	Mort	†	Cloaque entre la vésicule et colon.
2 calculs dans le can. cystique. . . .	Guérison en 2 mois 1/2 . .	G	
empyème, lithotripsie d'un calc. du cyst.	Guérison en un mois . . .	G	
empyème, 8 calculs dont l'un extrait du canal cystique.	Fistulette	(G)	
4 litres de liq. verdâtre, can. cyst. obstr.	Dans la suite extr. de calc.	G	
Nombreux calculs, paroi incrustée . . .	Mort 25 jours après. . . .	†	
300 gr. de bile, cathéter. du can. cyst.	Fistule biliaire	G	La fist. a été oblitérée par abrasion.
00 gr. de liq. visqueux, calculs extraits avec curette.	Guérison	G	En nov. 1890 la mal. va très bien.
4 litres de liq., 1 calcul dans le can. cyst.	Mort	†	Mort par coll. chez un cancéreux.
réssection d'une partie de la vésicule .	Fistule	(G)	
Calculs, 1 dans can. cyst., cancer des canaux biliaires et du foie.	Fistulette	(G)	3 mois après diagnostic de cancer.
liquide filant jaunâtre.	Fist. muq. guér. en 5 mois	G	La malade revue va très bien.
Pus, 1 calc. du can. cyst. extr. av. pince	Écoul. de bile et de mucus	G	Le 1 ^{er} juin 1892 la mal. est guérie.
00 gr. de liquide teinté en vert, 3 calculs, incrustation calcaire	Fistule muqueuse	(G)	Cholécystectomie consécutive.
250 gr. de liquide citrin	Mort le lendemain	†	Autopsie : Vésicule remplie de sang, cancer du pancréas.
750 gr. de liq. séro-purulent, 3 calculs extraits 21 jours après	Fist. bil., mort le 9 ^e jour .	†	Autopsie : Compression du choléd. par cancer du pancréas.
300 gr. de liquide louche, pas de calculs	Mort le 5 ^e jour.	†	Autopsie : Communicat. spontanée avec le duodénum.
18 calculs, bile	Fistule	G	
247 calculs			

Statistique. — Résultats immédiats et éloignés.

Nous avons pu réunir 127 cas de cholécystostomie en un temps, suivant le procédé de Sims. Le relevé de ces cas donne 103 guérisons et 24 morts.

La mortalité la plus défavorable, si l'on ne tient pas compte des causes de mort, serait donc de 18.89 p. 100.

Or, la mort est survenue à une époque variant de quelques heures à un an après l'opération.

C'est ainsi que sont morts une année après, de cancer du foie (n° 79), de fistule biliaire complète par obstruction du canal cholédoque (102), de phthisie (130).

Les autres causes sont : hémorrhagies par la plaie (38), par l'artère épigastrique (41), collapsus (91, 94, 113, 96), péritonite (50, 118), cancer du foie (39, 90, 154), cancer du pancréas comprimant le cholédoque (82, 160, 161), ces derniers au bout de quelques jours et (131) un mois plus tard. Les causes les plus rares sont : pyélo-néphrite, au bout d'un mois (68), hypertrophie du foie, deux mois après (136), cholémie (87), perforation et communication avec le côlon (146), avec le duodénum (162).

La mort directe par l'opération est donc due : 4 fois au collapsus, 2 fois à une péritonite et 2 fois à une hémorrhagie.

Parmi les 103 guérisons, il y a lieu de considérer les guérisons avec ou sans fistule, et nous trouvons :

Fistule biliaire	18
Fistule muqueuse.	6
Fistule purulente	4
Complètement guéris	75
Total	103

La guérison spontanée de la fistule, en général, n'a pas été de très longue durée, si nous en jugeons par le peu de cas où elle a été mentionnée. Il est même probable que dans les observations où il n'en est pas parlé, l'intervalle qui a séparé l'opération de la guérison de la fistule est beaucoup moins long que dans la plupart des cas que nous allons voir. C'est ainsi que cette guérison s'est fait attendre 6 mois (n^{os} 129 et 140), 5 mois (157), 3 mois (44, 123), 2 mois (56, 128, 147), 6 semaines (71, 106, 115, 139), 1 mois ou 20 jours (37, 65, 132 et 148).

Dans un cas (152), CHAPUT oblitéra la fistule par abrasion et suture.

Quant aux résultats éloignés, les chirurgiens n'en ont guère parlé que dans ces derniers temps; aussi ne les trouvons-nous indiqués que dans 14 observations.

Quatre fois, il est dit que la fistule a été guérie par une autre intervention chirurgicale. Dans deux cas, pour une fistule biliaire, on a pratiqué au bout d'un an une *cholécystentérostomie* (n^{os} 116 et 142). Dans les deux autres cas, il s'agit d'une fistule muqueuse pour laquelle on fit une *cholécystectomie* (69 et 159).

Dix fois, les opérés ont été revus quelques mois ou quelques années après l'opération, tous dans un état excellent.

BÖCKEL a revu sa malade en 1892 : la guérison se maintenait depuis dix ans (56); dans le second cas, elle persistait depuis deux ans, en 1885 (56).

TERRIER confirme la guérison de ses opérés 4 ans après l'opération (132), 5 mois après (153); TAIT, 3 ans après (93); DE PAGE, 1 an après (123), ainsi que HUTCHINSON (71). TERRILLON a revu ses malades 3 ans (140), 2 ans (119), 1 an (158), et 5 mois après l'intervention (157) : tous allaient très bien.

Ces quelques résultats éloignés ne changent donc en rien la statistique précédente, faite d'après les résultats immédiats, et la mortalité reste à 18.89 p. 100.

II. — PROCÉDÉ DE RANSOHOFF

CHOLÉCYSTOSTOMIE A FIXATION PREMIÈRE ET INCISION DERNIÈRE

Ce procédé, beaucoup moins usité que le précédent, est de date plus récente. Praticqué pour la première fois par RANSOHOFF en 1882, par Félizet en 1885, il ne semble pas présenter plus d'avantages que le premier.

Les détails opératoires relatifs à la fixation de la vésicule à la paroi sont toujours très écourtés. C'est ainsi que DURIAU s'exprime : « Pour ne pas entrer dans les longueurs fastidieuses de détail, disons que le procédé que nous a relaté M. Félizet n'est que la reproduction exacte de l'entérotomie de Nélaton. »

Le mode de fixation de la vésicule, qui nous semble devoir être employé, est semblable à celui que TERRIER¹ a préconisé il y a deux ans, pour la gastrostomie. Nous allons le décrire en l'appliquant à la vésicule biliaire.

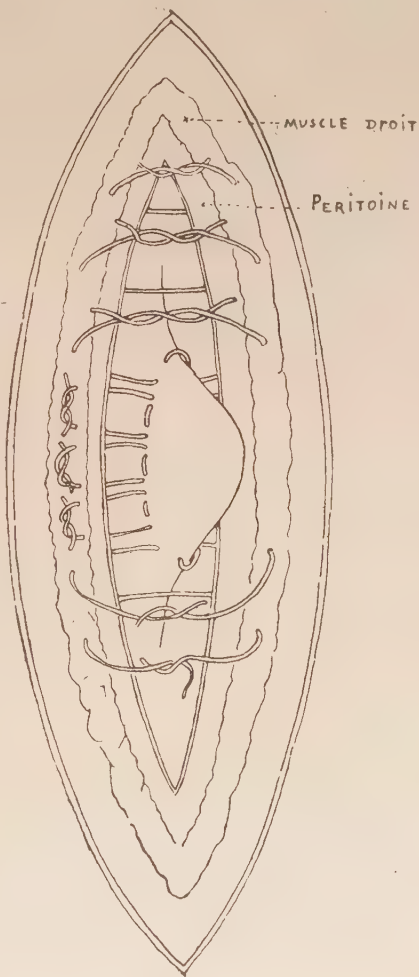
Le premier et le deuxième temps du procédé de Sims s'appliquent aussi bien à celui-ci, nous ne le décrirons donc pas à nouveau. Nous insistons simplement sur l'utilité de la ponction préalable de la vésicule ; de cette façon on n'a pas à craindre l'issue du liquide dans le péritoine à travers les trous de suture, dans le cas où celle-ci traverserait toute l'épaisseur de la paroi, ce qu'il faut toujours éviter. L'orifice de ponction est fermé

1. TERRIER et DELAGÉNIÈRE. — *Quelques réflexions à propos d'un cas de gastrostomie*. *Revue de chirurgie*, 1890, p. 198-216.

à l'aide d'une pince quelconque, qui sert en même temps à maintenir la vésicule entre les lèvres de la plaie pariétale.

Voici la description du procédé de fixation :

Les bords du péritoine sont maintenus avec quelques pinces hémostatiques. Alors avec l'aiguille, dont nous avons parlé, munie de fil de soie, on place au moins huit points de suture dans le but d'unir la séreuse viscérale à la séreuse pariétale. Six de ces points sont *parallèles* à l'incision abdominale, tandis que les deux points extrêmes lui sont *perpendiculaires*. Chacune des anses parallèles pénètre, du côté de la vésicule, dans la séreuse et la couche musculieuse sur une étendue de 1 centimètre environ, et ses deux extrémités, après avoir perforé la séreuse pariétale, viennent du côté externe se nouer dans l'épaisseur de la paroi musculaire sectionnée.



On place ainsi trois sutures de chaque côté de l'incision cystique. Les deux sutures perpendiculaires sont passées à la façon de Lembert, mais en comprenant le péritoine. L'on

continue à suturer au-dessus et au-dessous de l'union à la vésicule.

De cette façon, la cavité péritonéale est hermétiquement close, et on peut sans danger d'infection procéder à l'ouverture de la vésicule, à l'extraction des calculs et au cathétérisme des canaux biliaires.

Comme dans le premier procédé, suivant le but qu'on se propose, on peut encore suturer la muqueuse de la vésicule à la peau, par quelques fils de soie, quand cela est possible. On procède ensuite à la suture de la peau au-dessus et au-dessous de la fistule.

Cette opération, comme la précédente, se termine par l'application d'un drain et d'un pansement antiseptique.

Modification de Zielewicz (n° 164).

Cholécystostomie avec ligature préalable du canal cystique. — Cette modification entrevue par CAMPAIGNAC¹ en 1826, exécutée sur des chiens par K. Zagorski² en 1887, sans succès, fut mise en pratique chez l'homme par ZIELEWICZ³ le 22 septembre 1887, dans un cas d'empyème de la vésicule. Ce chirurgien plaça deux ligatures à la soie sur le canal cystique et le coupa entre les deux, puis fit une cholécystostomie à fixation première et à incision dernière.

Cette opération peut être employée, suivant Zielewicz, pour éviter une cholécystectomie ; tout en apportant, dit-il, une gué-

1. CAMPAIGNAC. — *Des plaies des voies biliaires, de la ligature de la vésicule et de la ligature partielle de ce réservoir.* Journal hebd., t. II, 1829.

2. ZAGORSKI. — *Przegl. lekarski*, 1887, n° 48.

3. ZIELEWICZ. — *Centralbl. für Chirurg.*, 1888, p. 225.

risson radicale sans fistule biliaire, elle présente moins de difficultés et moins de dangers que cette dernière.

Cette modification, pour être moins difficile que la cholécystectomie, est tout aussi dangereuse, puisqu'on a encore à craindre le reflux possible de la bile, dans le cas où le canal cholédoque ne serait pas complètement perméable. Si, d'autre part, nous nous plaçons au point de vue de l'opération qui nous occupe, elle présente encore plus d'inconvénients que la cholécystostomie ordinaire. Elle crée comme elle une fistule, qui pourra, d'après l'opération de Zielewicz, devenir permanente, puisque, le canal cystique lié, il n'y a plus communication de la vésicule avec l'intestin.

CHOLÉCYSTOSTOMIE

Procédé de Ransohoff.

Nos.	OPÉRATEUR.	DATES.	SEXE.	AGE.	DIAGNOSTIC.	OPÉRATION.
164	Ransohoff	3 mai 1882	H	76	Calcul du canal cystique	PROCÉDÉ DE RANSOHOFF.
165	Trendelenburg	24 novembre 1882	F	47	Kyste de l'épiploon ou hydronéphrose	
166	Bœckel	16 juin 1883	F	61	Coliques hépatiques	
167	Hofmokl	6 février 1885	F	39	Dilatation de la vésicule	
168	Willet	17 mars 1885	F	—	Idem	
169	Felizet	7 mars 1885	F	67	Idem	
170	Novaro	1886	F	—	Calcul du canal cystique	
171	Vincent	11 avril 1887	F	8 1/2	Dilatation de la vésicule	
172	Hofmokl	29 mars 1887	F	45	Tumeur de la vésicule	
173	Franks	10 septembre 1887	F	52	Idem	
174	Krieger	12 mars 1888	F	46	Obstruction du cholédoque ou tumeur	
175	Gersung	3 octobre 1888	H	43	Obstruction du cholédoque	
176	Niehans	13 mars 1889	F	47	Idem?	
177	J. Fontan	18 octobre 1889	H	36	Tumeur biliaire, compression du cholédoque	
178	Terrier	5 juillet 1890	H	33	Congestion hép. avec ictère intense et fièvre	
179	P. Berger	13 février 1890	—	—	Cholécystite suppurée	
180	Terrier	22 décembre 1891	F	12	Cirrhose hypertrophique, hypertrophie de la rate, ictère	
181	Fontan	3 septembre 1891	F	25	Tumeur biliaire	
182	Delagenière	1 ^{er} août 1891	F	42	Idem	
183	Colzi	1891	—	—	Coliques hépatiques	
184	Polzakoff	1892	H	11	Plomb de carabine dans la région du foie, pas d'ictère	

EN UN SEUL TEMPS

ansohoff.

ÉTAT DE LA TUMEUR.	RÉSULTATS		OBSERVATIONS.
	IMMÉDIATS.	DÉFIN.	
calc. dans la vés. et 1 dans le c. cyst. .	Mort dans le collapsus . .	†	
ydropsie, 150 calculs.	Fistule purulente.	(G)	Mort 3 mois plus tard.
le, 1 calcul	Mort dans le collapsus . .	†	<i>Autopsie</i> : 1 c. dans le chol., périt.
ydropsie, 13 calculs	Fistule biliaire.	(G)	Ferm. de la fist. par aviv. et sut.
ydropsie.	Idem.	(G)	Mort 6 mois après.
mpyème, 24 calculs.	Idem.	(G)	
mpyème, 8 calculs. 1 calcul du canal			
cystique est broyé	Fist. g. par cautérisation .	G	
litres de liquide	Mort par hémorrh. hépat. .	†	<i>Autopsie</i> : Érosion du foie par la sut.
le, 2 gros calculs.	Fistule biliaire.	(G)	
le, 4 calculs.	Idem.	(G)	
500 c. c. de bile, tumeur du pancréas.	Mort après 4 jours	†	<i>Autopsie</i> : Péritonite, pleurésie, pé-
litre de bile	Fistule complète	(G)	ricardite, cancer du pancréas.
le, cholédoque fermé	Fistule, mort	†	M. 1 m. apr. d'un canc. du pancr.
ydropsie de la vésicule	Le 21, cathétérisme	†	<i>Autopsie</i> : Hémorrh. par ulc. rond de
em.	Petite fistule	G	l'estomac, cicatrice annulaire à
lit. de pus, débris calculeux, incrustat.	Fistule	G	l'entrée du cholédoque.
le	Fistule biliaire.	G	Mort 33 j. après l'opérat., cancer,
traction de 8 calculs et cathétérisme .	Fistule guérie le 1 ^{er} déc. .	G	cholémie, foyer de péritonite.
traction de 4 calculs	Le 10 cathétérisme.	G	En 1892 état génér. bon, fistulette.
calcul du can. cyst. ne peut être extrait.	Fist., calcul extr. 15 j. apr.	G	
lèvres d'une sérosité jaune verdâtre. .	Guérison en 8 semaines. .	G	Fistule guér. spont. le 1 ^{er} mai 1892.
			Fistule guérie le 10 septembre.

Résultats immédiats et éloignés.

Le relevé des 21 opérations de cholécystostomie suivant le procédé de Ransohoff nous donne 15 guérisons et 6 morts. Mais disons de suite que ces résultats ne pourraient pas faire condamner le procédé, car aucun cas de mort n'est dû à l'opération en elle-même.

Les causes que nous avons vues pour les deux autres procédés se reproduisent ici : collapsus, cancer du pancréas ou du foie, hémorrhagies.

Les 15 opérés guéris se répartissent en 7 guéris sans fistule et 8 avec fistule, dont 1 fistule purulente et 7 fistules biliaires.

Trois des malades porteurs de fistule sont morts un mois (175), trois mois (165) et six mois après l'opération (168), ce qui réduit à 12 le chiffre des guérisons.

Un malade de TERRIER a été revu deux ans après, en 1892, l'état général était bon.

Deux fistules ont guéri spontanément six mois (180), trois mois (181) et quarante jours (182) après l'opération. Pour ces deux dernières, FONTAN et DELAGÉNIÈRE pratiquèrent le cathétérisme. Une fistule biliaire fut fermée par avivement et suture (167).

La mortalité serait de 43 p. 100.

Statistique générale.

Les résultats des 184 opérations de cholécystostomie peuvent se répartir de la façon suivante :

Morts	37
Guéris avec fistule	40
Guéris sans fistule	107
Total	184

La mortalité de la cholécystostomie en général serait de 20 p. 100.

Critique de la cholécystostomie.

Le nombre des opérations et les résultats fournis nous montrent que la cholécystostomie est une opération facile, peu dangereuse pour le malade, dont le caractère propre est de créer une fistule, c'est-à-dire une ouverture contre nature.

A priori, toute opération, suivant Courvoisier, qui évite cette fistule doit être préférée à la cholécystostomie. Mais, comme nous le verrons dans le chapitre des indications des différents procédés opératoires que nous étudions, c'est une opération parfois de nécessité et souvent de prudence.

Toutes les objections portent en effet sur la fistule qui en est la conséquence, fistule qui peut donner lieu soit à un écoulement de pus ou de sérosité, soit à de la bile.

Les fistules purulentes et séreuses ne semblent pas avoir beaucoup préoccupé les chirurgiens. BARDENHEUER prétend

qu'elles guérissent toujours à la longue. Quoi qu'il en soit, on peut toujours modifier l'état des parois vésiculaires par des irrigations antiseptiques et amener ainsi la guérison de ces fistules.

Quant aux fistules biliaires complètes ou incomplètes, elles sont un des plus grands inconvénients de la cholécystostomie, car elles peuvent amener un épuisement notable du malade et constituent ainsi un danger de mort. D'autre part, elles peuvent aussi servir de porte d'entrée pour des germes infectieux et entraîner une fistule pyo-biliaire, souvent mortelle. Ne faut-il pas encore considérer les désagréments et les ennuis que cause une telle fistule au malade qui en est porteur ? Cette bile qui s'écoule sans cesse n'est-elle pas une cause d'irritation de la peau ? Ne faut-il pas changer tous les jours le pansement ?

Quoi qu'il en soit de ces inconvénients, la fistule biliaire, pour TERRIER, « joue le rôle de tube de sûreté, permet de s'assurer que le cours de la bile est rétabli, que la lithiase biliaire a cessé, enfin que les bactéries, dont le rôle est indéniable aujourd'hui dans la production des angiocholites, ont disparu ».

Si, pour des raisons que nous verrons, on a l'intention de créer une fistule temporaire ou permanente, c'est à la cholécystostomie en un temps qu'on aura recours.

La cholécystostomie en deux temps mérite, à juste titre, d'être abandonnée, car avec les progrès accomplis par l'antisepsie, elle doit répugner quelque peu aux chirurgiens actuels.

Elle retarde de plus l'achèvement de l'opération sans profit pour le malade qui, par les tiraillements de la toux, les vomissements survenant entre les deux temps opératoires, peut encore être cause de ce retard.

Un autre reproche plus sérieux à faire à cette opération, c'est qu'elle n'est possible que dans les cas de vésicule assez volumi-

neuse pour être aussitôt fixée à la plaie abdominale. Or, dans ces cas, la paroi cystique est ordinairement amincie et il est à peu près impossible de distinguer séreuse, musculieuse et muqueuse au moment de la suture. On risque donc de voir s'écouler par les trous de piqûre un liquide plus ou moins septique, capable d'infecter le péritoine.

D'ailleurs elle ne permet pas l'exploration immédiate des organes biliaires, si utile au point de vue de l'indication possible d'une autre intervention chirurgicale, telle que cholécystectomie, cholécystentérostomie, etc. Pour toutes ces raisons, nous rejetons la cholécystostomie en deux temps.

Est-ce alors au procédé de Sims ou à celui de Ransohoff qu'il faut donner la préférence? Ce dernier procédé à fixation première et incision dernière, supérieur théoriquement au précédent puisqu'il protège aussitôt la séreuse, n'est guère applicable que dans le cas de tumeur biliaire considérable et peu adhérente. En général, c'est le procédé de Sims que nous recommandons. Il ne présente pas plus de danger que celui de Ransohoff si l'on a soin de faire une ponction aspiratrice et de protéger la séreuse avec des compresses ou des éponges aseptiques. La cholécystostomie à incision première et fixation dernière a d'ailleurs cet avantage important : le péritoine n'étant suturé qu'à la fin de l'intervention, on peut toujours explorer avec la main la face inférieure du foie et les canaux biliaires, faire les manœuvres digitales si souvent utiles pour l'extraction des calculs.

D'un autre côté, si l'on juge à propos de fermer l'incision cystique et d'abandonner l'organe dans la cavité abdominale, on n'aura pas fait une fixation péritonéale inutile.

Donc le procédé de Sims nous semble avoir et mériter la priorité.

Traitement de la fistule consécutive.

La fistule consécutive aux différentes cholécystostomies peut donner lieu à un écoulement soit de muco-pus, soit de bile. Que convient-il de faire dans ces différents cas ?

La fistule muco-purulente qui succède à l'hydropisie ou à l'empyème de la vésicule biliaire guérit presque toujours sans intervention sanglante, à la condition que le canal cystique soit libre. L. TAIT dit que, dans ces cas, « quelques semaines de drainage et de traitement rendent à la paroi cystique sa santé ». Ce traitement consistera en lavages quotidiens de la vésicule avec une solution antiseptique : sublimé, acides borique, salicylique. Quelques attouchements au nitrate d'argent des bords de la fistule en activeront encore la guérison.

Deux fois on eut recours à une cholécystectomie : LANGENBUCH fit cette opération pour une opérée de ROBSON (69) et MATLAKOWSKI quelques semaines après sa première intervention (159). Ces deux cas furent suivis de succès.

En ce qui concerne le traitement des fistules biliaires, il faut considérer si elles sont complètes ou incomplètes, c'est-à-dire si une partie de la bile s'écoule dans l'intestin et l'autre à l'extérieur, ou si la totalité sort par la fistule.

Les fistules *incomplètes* peuvent guérir spontanément ; malheureusement cette guérison est toujours longue et pendant ce temps la santé du malade s'épuise. C'est ainsi que parmi les observations où ce temps est indiqué, nous notons : guérison au bout de deux ans (180), d'un an (156), de trois mois (44).

Pour la fermeture spontanée de ces fistules incomplètes comme pour les précédentes, la désinfection des voies biliaires

jouera le plus grand rôle. En effet, ces fistules, la plupart du temps, persistent à cause de la formation de nouveaux calculs par angiocholite desquamative, résultant d'infections favorisées par la stagnation biliaire et la présence du *bacillus coli communis*, ainsi que l'ont montré les recherches de MARTHA, de NETTER et de BOUCHARD.

CHAPUT et HOFFMOKL ont eu recours à une autre intervention pour fermer une fistule biliaire incomplète.

Voici le procédé qu'a employé Chaput (152): « Avec une pince à griffes et un fin bistouri, il dissèque la vésicule de la paroi abdominale sur une hauteur de 1 centimètre environ sans ouvrir le péritoine. A l'aide d'une curette tranchante, il abrase la muqueuse doublant la fistule dans l'étendue de un demi-centimètre et sur toute la circonférence. Puis il place une série de sutures à points séparés avec de la soie fine, de façon à obturer complètement l'orifice. — Il excise enfin au bistouri le rebord inverse du tégument cutané, qu'il suture au crin de Florence. Pas de drain. Pansement à l'iodoforme. Cette opération a été pratiquée douze jours après la cholécystostomie à incision première et fixation dernière. »

Hoffmokl a avivé les bords de la fistule et suturé (167).

Le traitement des fistules biliaires *complètes* dépend de la cause de l'obstruction du canal cholédoque. Elles peuvent guérir spontanément lorsque cette cause a disparu; c'est ainsi qu'un calcul qui n'a pu être extrait ou brisé, peut, dans les jours qui suivent l'opération, se déplacer et être entraîné dans l'intestin. Cette terminaison est assez rare et a été signalée par KOCHER.

Si le calcul reste enclavé, on a une fistule biliaire permanente à laquelle on a pu remédier deux fois par une autre intervention: la *cholécystentérostomie* (116 et 142). Mais cette opération

est difficile et n'est pas toujours possible par suite des rapports de la vésicule altérée ou de l'état de ses parois; il faudra donc auparavant chercher à rendre à la bile son cours normal soit en essayant de déloger le calcul par le cathétérisme quotidien, soit en dilatant progressivement le canal obstrué par une adhérence inflammatoire de ses parois.

Il faut aussi se mettre en garde contre certaines fistules biliaires complètes, produites par une déformation, résultant de la fixation de la vésicule biliaire à la paroi, ainsi que Courvoisier l'a observé au cours d'une cholécystentérostomie pour fistule biliaire (142): « La vésicule biliaire unie à la paroi abdominale était allongée et formait avec les canaux cystique et hépatique un canal continu et direct, de sorte que le canal cholédoque était à angle droit sur celui-ci. Il en résultait que la bile, venant du foie, ne trouvait plus à son arrivée le cholédoque, mais le canal cystique et la vésicule comme continuation directe du canal hépatique et sortait toujours par la fistule. »

Tel a été jusqu'ici le traitement des fistules, nous verrons plus loin s'il n'y a pas lieu de le modifier.

CHAPITRE III

CHOLÉCYSTOTOMIES PROPREMENT DITES

Sous le nom de *cholécystotomies proprement dites* donné par TERRIER, on doit comprendre les opérations dans lesquelles, après avoir ouvert la vésicule biliaire, cet organe est aussitôt refermé.

Il existe deux procédés différents : dans l'un l'incision de la vésicule est suturée et celle-ci abandonnée dans la cavité abdominale. C'est l'*ideal cholecystotomy* de BERNAYS, la *cholécystotomie à sutures perdues* des Français, la *cholécystendyse* de COURVOISIER.

Dans l'autre, l'incision est encore suturée, mais la vésicule est fixée à la paroi abdominale. C'est à cette opération que nous proposons de donner le nom de *cholécystotomie avec cholécystopexie*.

§ I. Cholécystotomie idéale. — Cholécystendyse.

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

Cette opération, désignée aussi sous le nom de *cholécystotomie à sutures perdues intrapéritonéales* (Terrier), a été pratiquée pour la première fois par MEREDITH, en 1883.

Après avoir attiré autant que possible la vésicule entre les

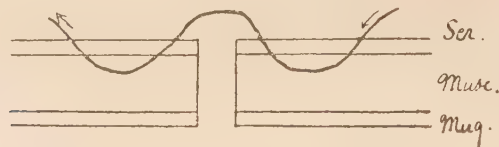
lèvres de la plaie pariétale, on la ponctionne et on l'incise. Puis on pratique l'extraction des calculs et le cathétérisme. En un mot, ces temps opératoires sont les mêmes que pour le procédé de Sims.

Le dernier temps, le plus important sans contredit, consiste dans la suture de l'incision vésiculaire et l'abandon de l'organe dans la cavité abdominale qui est aussitôt refermée.

Voyons comment on procède à cette suture ; il s'agit d'adosser aussi hermétiquement que possible des séreuses. Deux méthodes ont été le plus souvent employées, ce sont celles dont on se sert pour réunir les plaies de l'intestin par exemple.

A. — Suture de Lembert (fig. I).

L'aiguille, de préférence ronde, munie de fil de soie, est introduite à 1 centimètre environ de la ligne de section, s'en-

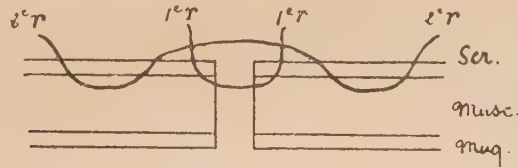


fonce dans la séreuse, en ressort à 2 ou 3 millimètres du bord de la plaie, traverse de nouveau la séreuse sur l'autre bord et sur une même longueur et en sort en un point symétrique du point initial. Chaque point de suture est placé séparément et à une distance d'un demi-centimètre environ. On noue les chefs de chaque fil en aidant les bords de la plaie à se renverser en dedans pour l'adossement complet des séreuses.

Les fils sont coupés presque au ras du nœud.

B. — Suture de Czerny (fig. II).

Employée plus souvent que la précédente, cette suture affronte mieux les bords de la séreuse ; elle est désignée dans les observations allemandes sous le nom de *suture double de la sé-*



reuse. Elle est en effet à double rang : « L'étage profond est composé de points comprenant l'extrémité de la tunique séreuse et la musculuse en pleine épaisseur, et enfoncés obliquement à 4 ou 5 millimètres du bord de la section ; le plan superficiel est passé à la façon de Lembert. » (Forgue et Reclus.)

Tels sont les deux principaux modes de suture de l'incision vésiculaire. Quelques opérateurs ont apporté certaines variantes : Roux a fait une première suture en surjet et a placé au-dessus de celle-ci quelques points séparés. (Obs. xvii.)

LORETA a employé deux étages en surjet ; le premier plan terminé, il déprime la vésicule au niveau de la suture. Cette dépression crée ainsi deux plis longitudinaux et parallèles qui sont suturés par un nouveau surjet. Il désigne ce procédé sous le nom de *colecistorafia*. (Obs. xxxix.)

La vésicule ainsi fermée est aussitôt abandonnée dans la cavité abdominale et la plaie pariétale est ensuite suturée. Pansement antiseptique.

Nous publions les quarante observations de cholécystotomie idéale que nous avons pu trouver.

OBSERVATIONS

N° 186. — Observation I.

MEREDITH. — *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 421. — *Case of cholecystotomy for dilatation ducto impacted calculi : sutured of the incision in the Gall-Bladder.*

Opérateur : Meredith.

Il s'agit d'une femme de 59 ans, qui se plaint depuis 18 mois de douleurs fréquentes dans l'hypocondre droit. On constate la présence d'une tumeur adhérente au foie et douloureuse à la pression, qui fut d'abord prise pour un rein mobile. Pas d'ictère.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule biliaire avec calcul du canal cystique.

Opération : 30 juillet 1883. — Incision verticale le long du bord externe du muscle droit. Ouverture de la vésicule : il s'écoule de la bile épaisse. Extraction difficile de 3 calculs du col. Les canaux sont perméables. Suture de la vésicule à la soie. Suture abdominale.

Suites opératoires. — Collapsus. *Mort* au bout de 48 heures par anurie.

Autopsie. — Pas de péritonite ; l'incision vésiculaire est réunie, la vésicule est remplie de bile. Il n'existe plus de calculs. L'épiploon et les anses intestinales sont colorés par l'extravasation de la bile. Meredith attribue la mort à la congestion aiguë des reins.

N° 187. — Observation II.

GROSS. — *Med. News Philad.*, 1883, vol 42, p. 646.

Opérateur : Gross.

Femme de 59 ans, présente depuis 3 mois une petite tumeur indolente dans la fosse iliaque droite ; actuellement, elle est de la

grosseur d'une tête d'enfant. Hématurie. La tumeur, bosselée, ferme et mobile, est ponctionnée; il s'en écoule du sang.

Diagnostic. — Tumeur des ovaires ou tumeur maligne du rein ?

Opération : 20 avril 1883. — Incision médiane au-dessous de l'ombilic. La tumeur est constituée par un cancer du rein, qu'on enlève; il en résulte une hémorrhagie considérable par la rénale. On découvre un calcul dans la vésicule biliaire, qu'on repousse contre le fond de celle-ci. Puis on applique une ligature au-dessus du calcul ainsi coiffé par la paroi vésiculaire et on sectionne le tout.

Suites opératoires. — Fièvre légère après l'opération; peu d'urine. Coma. Mort après 65 heures.

Autopsie. — Caillots dans la cavité abdominale. Congestion du rein gauche, péritonite.

N° 188. — Observation III.

COURVOISIER. — *Orig. Kgsch. (in Roth, thèse 1885).*

Opérateur : Courvoisier.

Femme de 64 ans, présente depuis le 23 janvier 1884 de l'ictère sans douleurs. Selles grisâtres. Foie hypertrophié. Dyspepsie.

Au mois de février, développement d'une tumeur énorme, lisse, pyriforme, constituée par la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule par calcul ou tumeur du cholédoque.

Opération : 4 mars 1884. — Incision le long du bord du muscle droit.

La vésicule est attirée hors de la plaie, puis incisée. Il s'écoule 300 grammes de mucus incolore et 112 calculs. Suture de la vésicule et abandon dans le ventre. Suture de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Apyrexie. Obstruction du cholédoque persiste. État général meilleur.

Résultat. — Guérison momentanée. Mort, au bout d'un an, de pneumonie.

Autopsie. — Lésions pulmonaires. Vésicule hydropique. Le canal cystique est oblitéré par un calcul qui comprimait le canal hépatique.

N° 189. — Observation IV.

KÜSTER. — *Verhandlungen* 16. *Deutschen Chir. Congr.*, 1887, p. 80.

Opérateur : Küster.

Femme de 57 ans. Depuis plusieurs années, coliques hépatiques. Depuis 3 jours, malaise, diarrhée, douleurs dans la région du foie. Collapsus, violentes coliques.

Diagnostic. — Perforation ?

Opération : 29 novembre 1884. — Incision sur la ligne médiane. On trouve de la bile dans le ventre ; nouvelle incision transversale, perpendiculaire à la première. La vésicule biliaire est perforée au niveau du fond. Dilatation de l'orifice et extraction d'un calcul. Résection de la partie ulcérée. Double plan de suture de la séreuse et abandon dans le ventre. Suture abdominale.

Suites opératoires. — Mort, au bout d'un jour, de péritonite.

N° 190. — Observation V.

LANGE. — *Med. News Philad.*, 1886, p. 97.

Opérateur : Lange.

Femme de 37 ans, souffre depuis 6 mois dans le côté droit. Depuis 1 mois, ictère, douleurs constantes, amaigrissement, fièvre. Tumeur sous le bord inférieur du foie.

Diagnostic. — Tumeur biliaire par obstruction du cholédoque.

Opération : 23 juillet 1885. — Incision sur le bord du muscle droit. Ponction aspiratrice donne 650 grammes de liquide purulent avec paillettes de cholestérine. Incision de la vésicule biliaire ; on ne trouve pas de calculs, mais il en existe un dans le cholédoque, qui est repoussé dans la vésicule et extrait. Suture de la séreuse et abandon de la vésicule.

Suites opératoires. — Collapsus ; fièvre ; pendant plusieurs jours, vomissements composés de sang et de pus.

Le 25, réouverture de l'abdomen et de la vésicule ; il s'écoule beaucoup de bile.

Mort le 26 juillet.

Autopsie. — Perforation du cholédoque et communication avec le duodénum.

N° 191. — Observation VI.

KÜSTER. — *Loc. cit.* 2° cas.

Opérateur : Küster.

Femme de 43 ans, souffre de douleurs au niveau du foie. Depuis 4 mois, développement d'une tumeur sous le bord des fausses côtes, qui a acquis les dimensions d'une tête d'enfant.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule ou hydronéphrose.

Opération : 18 janvier 1885. — Incision parallèle au rebord costal. Ponction aspiratrice de la vésicule biliaire et incision. On extrait 2 calculs. Division de la vésicule jusqu'au canal cystique. Double plan de sutures de la séreuse au catgut. Suture abdominale.

Résultat. — Guérison.

N° 192. — Observation VII.

KEEN. — *Philad. med. Times*, 1885.

Opérateur : Keen.

Homme de 45 ans, souffre depuis plusieurs années de coliques hépatiques. En juin 1884, ictère et presque chaque semaine un ou deux accès de coliques. Amaigrissement. Foie hypertrophié. Tumeur douloureuse sous le bord des fausses côtes droites. Par la ponction, il s'écoule une sérosité sanguinolente et on sent un calcul.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule et calculs.

Opération : 10 octobre 1885. — Incision parallèle au bord des côtes. La tumeur trouvée au-dessous des fausses côtes était constituée par un lobe du foie. Une incision verticale est pratiquée.

Le duodénum, pris pour la vésicule, est incisé puis suturé aussitôt. La vésicule, profondément située sous le foie, est incisée et on

en extrait difficilement 2 calculs. Double suture de la séreuse et suture de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — *Mort* dans le collapsus au bout de quatre heures.

Autopsie. — Beaucoup de sang dans l'abdomen. Pas de bile. Les sutures sont en bon état.

N° 193. — Observation VIII.

BERNAYS. — *Weekly med. Review*, 1886.

Opérateur : Bernays.

Femme de 46 ans. Coliques hépatiques depuis 6 ans. Tumeur mobile dans la région de la vésicule.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule biliaire.

Opération : 31 octobre 1885. — Incision médiane depuis l'appendice xiphoïde jusqu'à l'ombilic. La ponction donne 500 grammes de mucus. Incision de la vésicule. Extraction d'une vingtaine de calculs. Ceux qui sont enclavés dans le canal cystique ne peuvent être extraits par la pression simple des doigts. L'opérateur introduit dans le canal un bistouri et, se guidant sur le doigt, fait quelques incisions à la paroi du conduit; alors les calculs peuvent être chassés par la pression digitale. Suture et abandon de la vésicule.

Résultat. — Guérison.

N° 194. — Observation IX.

PRINGLE. — *The Lancet*, 1886, p. 1072.

Opérateur : Pringle.

Femme de 55 ans, souffre depuis un an de coliques hépatiques, avec ictère. En juillet 1886, augmentation du foie, pas d'ictère.

Diagnostic. — Cholélithiase.

Opération : 15 septembre 1886. — Incision sur le bord du muscle droit. La vésicule biliaire, profondément située sous le foie, est atrophiée. Ponction : liquide clair. Incision de la vésicule, le canal cystique est fermé. Il existe un calcul dans le cholédoque. La vési-

cule ne peut être fixée à la plaie, c'est pourquoi on en pratique la suture et on l'abandonne.

Résultat. — Mort au bout de 54 heures.

Autopsie. — Gros calcul dans le cholédoque, dilatation de tous les conduits biliaires. Péritonite locale au niveau de la plaie.

N° 195. — Observation X.

COURVOISIER. — *Orig. Kgesch. Diac. Spital. Riehen*, 1886.

Opérateur : Courvoisier.

Homme de 37 ans, souffre depuis 3 ou 4 ans de coliques hépatiques assez fréquentes. Depuis 2 ans, ictère chronique et depuis un an il existe toujours des douleurs qui, depuis 7 semaines, sont devenues très violentes. Vomissements fréquents; teinte cachectique, aspect décharné.

Diagnostic. — Obstruction du canal cholédoque.

Opération : 16 novembre 1886. — Incision sur le bord du muscle droit, combinée avec incision transversale. Fortes adhérences avec la veine porte. On sent 5 gros calculs dans le cholédoque, dont on fait la *lithotripsie*. La vésicule est ensuite incisée et vidée. Suture et abandon; fermeture de l'abdomen.

Suites opératoires. — Tout va bien jusqu'au 27; à ce moment, de la bile sort par la plaie, une fistule biliaire s'établit; l'ictère diminue; le foie est plus petit, la digestion est normale. Le malade sort le 13 décembre dans un état amélioré.

Résultat immédiat. — Fistule biliaire.

Résultat éloigné. — La bile ne s'est jamais écoulée dans l'intestin; la fistule persiste. Dans les dernières semaines qui précèdent la mort, il y a de la fièvre.

Mort au bout de 8 mois.

Autopsie. — Il n'y a plus de calculs; deux abcès au foie.

N° 196. — Observation XI.

K. THORNTON. — *British med. Journ.*, 1887, p. 1148.

Opérateur : Thornton.

Femme de 45 ans; coliques hépatiques depuis un an. Ictère fréquent. Depuis 6 semaines, les crises sont très fréquentes, l'ictère

persiste. Amaigrissement. Le foie est gros, mais la vésicule n'est pas perceptible.

Diagnostic. — Calcul du cholédoque.

Opération : 8 février 1887. — Incision sur le bord du muscle droit. Des adhérences entre l'épiploon et l'intestin sont détruites. La vésicule biliaire atrophiée est ponctionnée, il s'en écoule du pus. Incision ; extraction d'un calcul du cholédoque après broiement. Suture et abandon de la vésicule. Suture abdominale.

Suites opératoires. — Les premiers jours, il y a de la fièvre. Le 5^e jour, les selles sont colorées ; l'ictère disparaît bientôt, la malade sort guérie au bout de 6 semaines.

Résultat. — Guérison.

N° 197. — Observation XII.

HAGEMANN. — *Verhandl. 18. Congr. Chir.*, 1889, p. 108.

Opérateur : Hagemann.

Femme malade depuis très longtemps et qui présente dans la région de la vésicule une tumeur dure.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule.

Opération : 8 mai 1888. — Incision transversale. La vésicule est incisée et on en extrait un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon. Les bords de l'incision sont réséqués, puis suturés et la vésicule est ainsi abandonnée ; suture de la plaie pariétale.

Suites opératoires. — Réunion par première intention. Le 8^e jour, la malade essaye de marcher ; il en résulte un tiraillement dans la suture abdominale. Guérison après abcès cutané.

Résultat. — Guérison.

N° 198. — Observation XIII.

KRÖNLEIN. — *Orig. Kgesch. Kantonspital Zürich*, 1888.

Opérateur : Krönlein.

Femme de 36 ans, souffre depuis 11 ans de coliques hépatiques s'accompagnant d'ictère. En mars 1887, violentes douleurs ; à ce moment, on constate une tumeur biliaire. En mai 1888, nouvelles

douleurs ; la tumeur, piriforme, descend plus bas que l'ombilic, se déplace transversalement, est indolente ; elle semble se pédiculiser sous le foie, qui est gros.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule.

Opération : 30 mai 1888. — Incision sur le bord externe du muscle droit. La vésicule biliaire, fortement adhérente, est libérée et attirée hors de la plaie, puis incisée. Il s'écoule de la bile, un calcul est extrait et un autre du canal cystique. *Cathétérisme du cholédoque.* Suture et abandon de la vésicule. Suture pariétale.

Suites opératoires. — Guérison par première intention. Le 17 juin, la malade se lève et sort le 27.

Résultat éloigné. — La guérison persiste, ainsi qu'on l'a constaté souvent depuis l'opération.

N° 199. — Observation XIV.

HAGEMANN. — *Loc. cit.*, p. 109.

Opérateur : Hagemann.

Femme de 35 ans, souffre depuis plusieurs années de coliques hépatiques avec ictère. Présence d'une tumeur biliaire.

Diagnostic. — Dilatation de la vésicule.

Opération : 3 octobre 1888. — Incision transversale. Incision de la vésicule biliaire et extraction de 5 calculs. Suture et abandon.

Suites opératoires. — Au bout de 8 jours, guérison complète.

Résultats éloignés. — En mars 1889, petite crise de coliques hépatiques.

N° 200. — Observation XV.

CREDÉ. — *Verhandl. 18. deutsch. Chir. Congr.*, 1889, p. 234.

Opérateur : Crédé.

Femme atteinte de cholélithiase.

Opération : 1888. — Pas de détails. Cholécystotomie idéale.

Résultat. — Guérison.

N° 201. — Observation XVI.

CREDÉ. — *Ibid.*, p. 232.

Opérateur : Credé.

Femme atteinte de cholélithiase.

Opération : avril 1889. — Pas de détails. Cholécystotomie idéale.

Résultat. — Guérison.

N° 202. — Observation XVII.

ROUX. — *Revue médicale de la Suisse romande*, n° X, 1890, p. 613.

Opérateur : Roux.

Femme de 52 ans, entre à l'hôpital de Lausanne le 30 décembre 1889. Pouls lent, dépressible. Ventre mou, large, tendance à la forme globuleuse dans le bas, grâce à une forte dépression du côlon.

Derrière la moitié droite du muscle droit, à mi-chemin entre l'ombilic et le bord costal qu'atteint tout juste le foie, on sent une petite tumeur assez profonde, résistante et dont la compression est douloureuse. Cette tumeur est un peu plus grosse qu'une noix, et allongée transversalement.

Opération : 28 janvier 1890. — Incision médiane sus-ombilicale. On va d'abord à la recherche de l'estomac ; dans la région prépylorique, on voit une zone circulaire dont la musculuse est beaucoup plus développée, visible sous la séreuse ; au pylore, anneau fibreux, etc. On va ensuite à la recherche de la tumeur et on tombe sur un calcul biliaire unique qu'on sent dans la vésicule. Celle-ci laisse exprimer une partie de son contenu, donc le canal cystique est libre. On attire le fond de la vésicule à la plaie, l'entoure de gaze iodoformée, y fait une incision de 3 centimètres et retire un calcul long de 3 centimètres sur 2 de large.

On suture ensuite exactement la muqueuse, puis la séro-musculaire en surjets indépendants et on place enfin trois points coupés de contrôle sur la séreuse. Suture abdominale.

Résultat. — Guérison.

N° 203. — Observation XVIII.

ROUX. — *Ibid.*

Opérateur : Roux.

Femme de 45 ans, qui depuis 5 ans a chaque année 3 ou 4 crises de coliques hépatiques. Chaque crise est accompagnée de frissons répétés, fièvre, vomissements intenses. Jamais d'ictère. On n'a pas recherché de calculs dans les fèces. Urines troubles, renfermant du pus, des matières colorantes de la bile et de l'albumine. Pas de cylindres, pas d'œdèmes. Il existe depuis longtemps dans la région de la vésicule une tumeur arrondie qui n'a jamais plus disparu.

Diagnostic. — Cholécystite calculeuse.

Opération : 24 juillet 1890. — Incision latérale en dehors du muscle droit. On voit immédiatement apparaître le fond de la vésicule arrondie, rougeâtre, distendue, grosse comme une mandarine, dans laquelle on sent des calculs. On attire alors le fond de la vésicule dans la plaie, l'incise et on en fait sortir une bile brun clair, trouble et 5 calculs irréguliers.

Les parois vésiculaires sont relativement saines. Mêmes sutures que dans le cas précédent.

Suture du péritoine à points coupés, après avoir pris le pôle de la vésicule dans une anse de catgut que l'on tord en 8, avant d'en passer les chefs au bord opposé de la lèvre péritonéale. De cette façon, le fond de la vésicule avec sa suture sera fixé à la paroi abdominale pour quelques jours, mais la torsion du fil l'empêchera peut-être d'y créer des adhérences. Suture de la plaie abdominale.

Résultat. — Guérison.

N° 204. — Observation XIX.

Ed. ROSE. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, vol XXXI, p. 481.

Opérateur : Ed. Rose.

Femme de 31 ans, entre à l'hôpital le 10 janvier 1890, atteinte de l'influenza. Dans la nuit du 10 au 11 février se déclare un accès

de coliques hépatiques, dont elle n'avait jamais souffert autrefois; vomissements répétés et sensibilité à la pression dans le côté droit. A l'exploration, on constate une tumeur arrondie qui correspond à la situation de la vésicule biliaire.

Opération : 17 février 1890. — Incision latérale. Incision de la vésicule après l'avoir libérée de ses adhérences avec l'épiploon. Il s'écoule une quantité notable de bile et des calculs s'échappent en même temps. On sonde les canaux biliaires avec un cathéter fin; tous sont perméables. On retire 79 calculs et on fait une irrigation au chlorure de zinc.

Premier plan de suture en surjet comprenant muqueuse et séreuse. Deuxième plan comprend la séreuse seule.

Abandon de la vésicule et fermeture de la cavité abdominale.

Résultat. — Guérison par première intention et sort le 19 avril.

N° 205. — Observation XX.

COURVOISIER. — *Orig. Kgesch. Diac. Spital Riehen.* 1890.

Opérateur : Courvoisier.

Femme de 26 ans, voit se déclarer de l'ictère en mars 1889, qui persiste depuis ce moment, ainsi que du prurit. Douleurs au niveau du foie. Selles grisâtres. Actuellement, ictère intense, foie sensible. On ne sent pas la vésicule biliaire.

Diagnostic. — Calcul du canal cholédoque.

Opération : 18 février 1890. — Incision parallèle au bord du foie. Nombreuses adhérences. Incision de la vésicule et extraction d'un calcul de la grosseur d'une noisette. Suture de la vésicule et abandon. Dans le canal cholédoque, on sent un calcul de la même grosseur qui est extrait après incision du canal. Suture du cholédoque. On place un drain et on ferme la cavité abdominale.

Suites opératoires. — Les 3 jours suivants, légère élévation de la température, puis apyrexie. Le 26, les selles sont colorées; l'ictère disparaît rapidement.

Résultat immédiat. — Guérison.

Résultat éloigné. — La guérison se maintient depuis l'opération.

N° 206. — Observation XXI.

KRÖNLEIN. — *Orig. Kgesch. Kantonspital Zürich*. 1890.

Opérateur : Krönlein.

Femme de 32 ans, malade depuis un an; au début, violentes douleurs dans la région épigastrique. Depuis, l'ictère est persistant; coliques fréquentes, périodiques tous les 8 jours. Le 20 mai, crise très violente; ictère très prononcé. Le foie est gros et dur; la vésicule n'est pas palpable, mais à sa place on sent de la résistance avec sensibilité à la pression.

Diagnostic. — Calcul du cholédoque.

Opération : 9 juin 1890. — Incision latérale. La vésicule, apparente sous le foie hypertrophié, est incisée: il s'écoule de la bile et on extrait 114 calculs. Par le cathétérisme, on rencontre un calcul dans le cholédoque, qui se dégage dans l'intestin, après avoir essayé de l'extraire par la vésicule avec une pince. Suture de la vésicule comprenant d'abord la muqueuse, puis la séreuse. Abandon de l'organe dans la cavité abdominale qui est refermée.

Suites opératoires. — Au début, vomissements fréquents, pas de fièvre. Le 15, violent accès de coliques; les 14 et 15, premières selles sans calcul, puis selles régulières sans calcul. Le 25, la malade se lève. Le 9 juillet, la malade sort, l'ictère a disparu.

Résultat immédiat. — Guérison.

Résultat éloigné. — La malade donne de ses nouvelles; la santé est très bonne. Il n'y a jamais plus eu de douleurs ni d'ictère.

N° 207. — Observation XXII.

VOIGT. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890, n° 34 (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (1^{er} cas).

Homme de 24 ans, entre à l'hôpital le 20 juin 1887. T. = 39°4. Pouls petit = 100. Les parents rapportent qu'il a été pris subitement, il y a 4 jours, de violentes coliques et en même temps de vomissements. Depuis, il y a de la constipation.

Le ventre était légèrement ballonné, d'une façon uniforme, de

sorte qu'on ne pouvait rien conclure d'une palpation minutieuse. Fréquents vomissements de glaires verdâtres. Pas d'ictère.

Diagnostic. — D'après ces symptômes, on pose le diagnostic probable de péritonite par perforation.

Opération : 21 juin 1887. — Incision sur la ligne blanche de l'ombilic à la symphyse. Les intestins se trouvent à peu près vides, animés de contractions péristaltiques ; aucun signe de péritonite purulente ; pas de liquide dans le ventre. Il faut en conséquence découvrir le point de départ de ces irritations péritonéales, et lorsque le Dr Heussner entre la main dans la plaie pour explorer l'intérieur de la cavité abdominale, il trouve une vésicule biliaire fortement tendue et dilatée comme un œuf de poule. Le canal cystique était de l'épaisseur du doigt et à sa jonction avec le canal cholédoque, il trouve un calcul de la grosseur d'une noisette et fortement enclavé. Après de longs efforts, il réussit à le repousser dans la vésicule biliaire, qui se vide au même moment. Il est alors possible d'y constater 4 autres calculs de la même grosseur que le premier.

La plaie du ventre fut alors fermée et une incision de 8 centimètres parallèle au bord du foie, au niveau de la vésicule, fut pratiquée.

Par cette incision, la vésicule, peu distendue et peu adhérente, fut tirée au dehors et maintenue par une pince garnie de caoutchouc ; le reste de la plaie fut bourré de gaze au sublimé pour empêcher l'entrée de la bile infectieuse dans la cavité abdominale.

Une incision horizontale de 2 centimètres et demi sur le sommet de la vésicule fut pratiquée et on retira avec une pince 5 calculs de cholestérine de forme irrégulière, de la grosseur d'une noisette.

La paroi était considérablement épaissie et la muqueuse d'apparence normale.

Après un lavage avec une solution de sublimé au millième, la vésicule fut suturée avec 6 fils de soie, en exceptant la muqueuse. En pressant la vésicule avec les doigts, on constate qu'il ne s'écoule pas de liquide entre les sutures, qu'on regarde ainsi comme suffisantes.

La gaze au sublimé fut enlevée de la plaie, la vésicule abandonnée et la plaie abdominale fermée.

Résultat. — Guérison en 3 semaines.

N° 208. — Observation XXIII.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (2° cas).

Femme de 42 ans, souffre depuis 5 jours seulement de violentes coliques survenues en même temps qu'un accouchement normal. T. = 38°5.

La région du foie est douloureuse à la palpation; le foie lui-même n'est pas tuméfié. Correspondant à la vésicule, on trouve une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, passablement dure.

Diagnostic. — Lithiase biliaire.

Opération : 8 septembre 1887. — Après incision de la vésicule biliaire, il s'échappe 100 grammes de bile et on extrait un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon. Suture et abandon de la vésicule.

Suites opératoires. — Du 5° au 7° jour, une petite quantité de sérosité jaune verdâtre suinte par un angle de la plaie qui reste intacte. La petite ouverture se ferme le 9° jour et la malade sort le 29 septembre.

Résultat immédiat. — Guérison.

Résultat éloigné. — Quelques semaines plus tard, la malade se plaint de douleurs dans la région de l'incision abdominale. Application de cataplasmes et au bout de 8 jours, l'incision s'était ouverte en un point et dans l'ouverture de la petite fistule apparurent quelques débris de gaze qui avait été oubliée. La fistule se ferma spontanément.

N° 209. — Observation XXIV.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (3° cas).

Femme de 39 ans, se plaint de coliques hépatiques répétées, parfois accompagnées d'ictère. Actuellement, depuis 4 jours violentes douleurs et ictère très prononcé. Foie peu tuméfié. Palpation

impossible de la vésicule. Selles pâles, pas encore grisâtres. Plus de coliques hépatiques.

Diagnostic. — Lithiase biliaire.

Opération : 20 octobre 1888. — La vésicule biliaire, modérément dilatée, est unie au côlon; on libère les adhérences. Les canaux cystique et cholédoque sont libres. Ouverture de la vésicule et extraction de 40 calculs, variant de la grosseur d'un pois à celle d'une noisette. Lavage et suture de la vésicule.

Suites opératoires. — Malgré le bien-être complet de la malade après l'opération, les fèces conservent encore longtemps leur coloration pâle et l'ictère ne diminue que peu à peu, détails qui s'expliquent par un gonflement catarrhal de la muqueuse du cholédoque.

La plaie abdominale est réunie par première intention.

Résultat. — Guérison en 20 jours.

N° 210. — Observation XXV.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (4^e cas).

Femme de 23 ans, entre à l'hôpital pour une fièvre typhoïde le 5 octobre 1888; elle éprouvait encore, pendant cette maladie et surtout après, une série de coliques hépatiques extrêmement violentes. Le commencement de cette affection remonterait à son enfance. Dans ces derniers temps, les accès augmentent; l'ictère est fréquent; le foie n'est pas tuméfié; on ne trouve pas la vésicule.

Opération : 20 novembre 1888. — La vésicule, dilatée, déborde le foie de 3 à 4 centimètres. Paroi épaissie (3 à 4 millimètres). On enlève 200 calculs de grosseur variable, dont un du volume d'une grosse noix. L'extraction se fit en partie avec une pince, en partie avec une cuiller étroite, émoussée, qui put être introduite à une profondeur de 12 centimètres.

Lavage et suture de la vésicule.

Résultat. — Guérison en un mois.

N° 211. — Observation XXVI.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (5° cas).

Femme de 24 ans, souffre de coliques hépatiques depuis 2 ans.

Opération : 31 décembre 1888. — Incision de la vésicule, qui n'est pas dilatée, à paroi épaissie d'une façon insignifiante. On retire 40 calculs de la grosseur d'un pois ou d'une noisette. Extirpation des deux ovaires pour une périmérite ancienne.

Résultat. — Guérison en 6 semaines.

N° 212. — Observation XXVII.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (6° cas).

Femme de 21 ans, se plaignait de coliques hépatiques depuis 4 ans.

Opération : 21 mai 1889. — Après l'ouverture de la vésicule à peine dilatée, s'échappent 100 centimètres cubes de bile, épaisse, visqueuse avec des flocons de pus. Paroi épaissie — un demi-centimètre environ, — nullement friable. La muqueuse est ramollie, facilement saignante. Pas d'ulcération. Le canal cystique présente une dilatation de l'épaisseur du doigt. Extraction de 5 calculs à facettes de la grosseur d'un pois.

Suture de la vésicule biliaire, facile à cause de l'épaisseur de la paroi.

Résultat. — Guérison en 2 mois.

N° 213. — Observation XXVIII.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (7° cas).

Femme de 38 ans, souffrait de coliques hépatiques depuis 15 ans, devenues plus fréquentes dans le cours de l'année avec ictère assez prononcé. Presque régulièrement, la malade, intelligente, avait

trouvé pendant les accès des calculs angulaires dans les selles. Entre le 5 juin 1889 à l'hôpital.

D'après ses renseignements, depuis 6 semaines, les douleurs avaient été continuelles et particulièrement violentes; depuis cette époque, elle n'avait plus trouvé de calculs dans ses selles.

Depuis 8 jours, elle est fortement amaigrie, épuisée et est devenue nerveuse et très excitable. Elle se plaint de maux de tête, de prurit, de vomissement bilieux et de constipation. Il y a un peu d'ictère. Le foie n'est pas tuméfié, la vésicule biliaire impossible à sentir; à son niveau, on sent une résistance obscure qui ne peut être suffisamment explorée à cause de la grande sensibilité. Les selles, peut-être plus pâles qu'à l'état normal, sont cependant d'une teinte brunâtre. Dans l'urine, traces de pigments biliaires, etc.

Diagnostic. — Obstruction du cholédoque et cholémie.

Opération : 6 juin 1889. — Incision transversale de la paroi abdominale, au niveau de la partie résistante correspondant à la vésicule. Hémostase. Après quelques recherches, on trouve la vésicule biliaire, grosse comme une noix, sous le bord du foie. Sur toute sa longueur, ainsi que le canal cystique, elle était adhérente à l'épiploon et à l'estomac, formant ainsi une tumeur mal limitée, située en grande partie sous le foie. Après minutieuse libération des adhérences entre le fond de la vésicule et l'épiploon, ce dernier, qui forme une sorte de collerette autour du col vésiculaire, est fixé par 4 sutures aux lèvres de la plaie abdominale afin d'empêcher la vésicule biliaire de se perdre et surtout éviter la pénétration dans la cavité péritonéale de bile septique. Ouverture de la vésicule; les parois sont épaissies — un demi-centimètre environ, — fermes au toucher. Il s'écoule environ 20 centimètres cubes de bile normale. La muqueuse saigne facilement, mais présente une consistance normale. Avec une pince et la cuiller à bords émoussés déjà mentionnée, on retire 5 calculs du volume d'un gros pois. Le cathétérisme avec la pince était impossible, la lumière du canal cystique étant très étroite, et la vésicule n'admettant même pas l'extrémité du petit doigt. Par conséquent, l'exploration du cholédoque était impossible par cette voie.

La vésicule biliaire est suturée et on procède ensuite à la recherche du cholédoque. *Cholédochotomie.*

Résultat. — Guérison en 3 semaines.

N° 214. — Observation XXIX.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (8° cas).

Femme de 43 ans, éprouvait, pour la première fois, depuis 3 semaines, des douleurs violentes dans la région du foie qui s'étaient calmées pendant 3 jours. Le deuxième jour de la maladie, de l'ictère s'était déclaré, puis avait disparu au bout d'une semaine. La malade, déjà délicate, hystérique, avait maigri en peu de temps par suite de fréquents vomissements et d'une alimentation défectueuse. Le bord du foie dépassait de deux travers de doigt le rebord des côtes. La vésicule biliaire, dilatée comme un œuf de poule, était extrêmement douloureuse.

Opération : 14 novembre 1889. — La vésicule dilatée était unie à son sommet avec l'épiploon par des adhérences faciles à détacher. Incision et extraction d'un calcul du volume d'un œuf de pigeon, pesant 7^{gr},50. Paroi épaissie — un demi-centimètre environ, — facile à suturer.

Résultat. — Guérison par première intention.

N° 215. — Observation XXX.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (9° cas).

Femme de 42 ans, avait ressenti subitement il y a 2 mois, en allant à la selle, une violente douleur dans le côté droit. Jamais d'ictère, jamais de coliques hépatiques. La douleur persista quelques jours et diminua peu à peu. Depuis ce moment, elle avait remarqué du gonflement dans le côté droit et dans l'éventualité d'une opération, elle entra à l'hôpital le 4 décembre 1889.

Diagnostic. — Carcinome de la vésicule biliaire.

Opération : 6 décembre 1889. — Ouverture du ventre. La vésicule est cachée sous un revêtement épiploïque qui lui est adhérent. Elle est unie en arrière au duodénum, en avant avec la face du foie, qui, dans la partie qui lui est adjacente, est trouvé induré et de

couleur grisâtre. Le tout se présente comme une tumeur de la grosseur d'un œuf d'oie, dure et bosselée. Quoique le diagnostic de carcinome soit posé, Heussner entreprend l'ouverture de la vésicule et l'extraction de 12 calculs du volume d'une noisette, dont la plupart se trouvent dans le canal cystique dilaté.

Après *excision* de la partie indurée de la vésicule et du foie, on en pratique la suture, ainsi que celle de la plaie hépatique. Le ventre est fermé. En raison de la blessure du foie, on place un drain.

Suites opératoires. — La plaie guérit sans suppuration. Le 8^e jour, on trouve dans le pansement une petite quantité de sérosité verdâtre.

Pas d'élévation de température. Le 12^e jour, on enlève le drain.

Résultat. — Guérison en 24 jours.

N° 216. — Observation XXXI.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (10^e cas).

Femme de 45 ans, souffre depuis l'âge de 17 ans de crampes d'estomac.

Depuis un an et demi, violentes douleurs, accompagnées de vomissements bilieux. La région de la vésicule et le bord du foie sont douloureux à la pression. Pas d'hypertrophie du foie. Pas d'ictère.

Opération : 13 décembre 1889. — Incision abdominale. Vésicule biliaire peu dilatée. Pas d'adhérences. Incision de la vésicule et extraction d'un calcul de la grosseur d'un œuf de pigeon; il s'échappe une grande quantité de bile filante. Muqueuse normale. Parois très minces, aussi fait-on un double rang de sutures de la séreuse (suture de Czerny).

Résultat. — Guérison en 17 jours par première intention.

N° 217. — Observation XXXII.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (11^e cas).

Femme de 21 ans, souffrait depuis 9 mois de violentes douleurs dans la région du foie, revenant par accès et s'accompagnant d'un ictère léger.

Opération : 1889. — Après avoir libéré les adhérences, la vésicule fut incisée. On n'y trouva pas de calculs, ni dans les canaux biliaires.

Suture de la vésicule et abandon.

Résultat immédiat. — Guérison.

Résultat éloigné. — Il s'agissait probablement d'une formation de calculs dans le foie ; la malade fut reprise de coliques hépatiques 2 ans après l'opération.

N° 218. — Observation XXXIII.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (12^e cas).

Femme de 43 ans. Coliques hépatiques depuis 1 an et demi. Il y eut deux fois de l'ictère. Elle fut amenée pour une pneumonie le 15 décembre 1889. Après la guérison de cette affection, elle se plaignait presque continuellement de douleurs dans la région du foie, qui rayonnaient dans le dos et l'épaule droite.

Le foie est notablement augmenté et la vésicule biliaire constitue une tumeur dure, très sensible à la pression. Au commencement de février 1890, elle fut prise d'une violente colique, accompagnée d'un ictère très accentué.

Opération : 26 février 1890. — La vésicule biliaire, du volume d'un œuf de poule, fut détachée de l'épiploon, qui lui était uni par de faibles adhérences, puis incisée. La paroi présente une épaisseur de trois quarts de centimètre, muqueuse ramollie, légèrement saignante. Après l'extraction de 36 calculs de la grosseur d'une noi-

sette hors de la vésicule et du canal cystique, une petite quantité de bile, mêlée à quelques flocons de pus, s'en échappe.

Après un profond lavage de la vésicule avec une solution d'acide salicylique à 1/300°, la vésicule est fermée par 10 points de suture et abandonnée. Fermeture de la plaie abdominale.

Résultat. — Guérison par première intention.

N° 219. — Observation XXXIV.

Ibid. (traduction *in extenso*).

Opérateur : Heussner (13° cas).

Femme de 45 ans. Coliques hépatiques depuis 3 ans ; depuis 3 mois, les accès durent des jours entiers. Jamais d'ictère.

Le foie n'est pas augmenté de volume ; la vésicule est sensible à la pression.

Opération : 24 mars 1890. — La vésicule n'est pas dilatée, mais unie à l'épiploon par des adhérences faciles à séparer. Après l'avoir attirée entre les lèvres de la plaie abdominale et placé un tampon de gaze au sublimé au-dessous, on la traverse avec un fort fil de soie pour mieux la fixer au dehors. La paroi était si mince, que de la bile s'écoula par les deux piqûres. Aussi le fil fut enlevé et la vésicule saisie avec une pince et incisée de façon à comprendre les deux orifices. Extraction de 4 calculs de la grosseur d'une noisette. Muqueuse normale.

Double plan de suture (Czerny), indispensable à cause du peu d'épaisseur de la paroi.

Suites opératoires. — Abscess superficial au niveau de la plaie pariétale.

Résultat. — Guérison en 12 jours.

N° 220. — Observation XXXV.

Ed. Rose. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, vol XXIV.

Opérateur : Rose.

Femme de 53 ans, entre à l'hôpital le 24 juin 1891.

A son entrée, amaigrissement notable, teinte subictérique. A la

place de la vésicule, on sent une tumeur nette, fortement tendue, se déplaçant à chaque mouvement respiratoire.

Opération : 29 juin 1891. — Incision parallèle au bord du foie. Incision sur la paroi inférieure de la vésicule et extraction de 11 calculs, dont le plus gros est comme une noisette. La vésicule biliaire est très dilatée, mais aussi épaissie — environ 1 demi-centimètre. — Sur le côté inférieur du fond de la vésicule se trouvait une place amincie, c'est pour cette raison que l'on choisit ce côté pour l'incision. Cet amincissement était sans doute dû à la tendance à la perforation par les calculs.

On plaça un premier plan de suture avec du catgut, puis l'on voulut placer quelques fils de soie sur la séreuse pour protéger la première suture, mais les sutures ne tinrent pas par suite de l'épaisseur de la paroi. Au même moment, il y eut des vomissements, alors comme la suture du catgut ne laissait rien sortir, on abandonna la vésicule et on sutura la plaie pariétale. Pas de drainage.

Suites opératoires. — Le 7^e jour, vomissements, douleurs au niveau de la plaie. Le pansement est levé et on constate que quelques points de la suture extérieure ont cédé et que de la bile s'en écoule. Une lanière de gaze iodoformée est introduite dans l'orifice.

A partir du 22, la sécrétion se tarit, la fistule se ferme de plus en plus.

Résultat. — Guérison complète le 8 août, en 40 jours.

N° 221. — Observation XXXVI.

KÜSTER. — *Verhandl. der deutsch. Gesellsch. für Chir.*, 20^e congr., 1891, p. 405.

Opérateur : Küster.

Femme de 62 ans, présente actuellement de l'ictère à un haut degré; selles couleur de terre glaise. Urine sans albumine. Au nombril, tumeur de la grosseur d'une noix de galle, prise dans les téguments abdominaux et qui a évacué, à plusieurs reprises, du liquide par le nombril. L'examen bimanuel révèle en haut et à droite l'existence d'une tumeur plus grosse que le poing, qui suit les mouvements respiratoires. Le foie n'est pas hypertrophié.

Diagnostic. — Obstruction du canal cholédoque par un calcul biliaire.

Opération : 30 juillet 1891. — Laparotomie avec une incision oblique de 12 centimètres de long, au-dessous de l'arc costal. La cavité abdominale ouverte, on tombe sur des enchevêtrements de l'épiploon. Le foie a un lobe flottant se dirigeant vers l'ombilic. Quand on attire ce lobe en haut, on voit un cordon de la grosseur du petit doigt qui se termine au nombril et se continue en haut jusqu'à se confondre avec la vésicule biliaire. Après double ligature, suture de ce cordon. Sur la surface de section, on voit une lumière avec mucosités de couleur bilieuse. Suture des deux pédicules l'un à l'autre; la suture ne tient pas; alors extraction d'un gros calcul par le pédicule supérieur et de gros fragments d'un second. *Incision du cholédoque et extraction d'un calcul;* suture de ce canal. Suture de la vésicule biliaire et abandon. On place un tampon de gaze iodoformée, qui sort par la plaie pariétale, restée ouverte sur une étendue de 3 centimètres.

Résultat immédiat. — Guérison en 3 mois.

Résultat éloigné. — Guérison définitive, vérifiée après 6 mois.

N° 222. — Observation XXXVII.

HAUSKEHR. — *Centralbl. für Chir.*, 1892, n° 31 (traduction *in extenso*).

Opérateur : Hauskehr.

Homme de 30 ans, me fut adressé le 22 janvier 1892. Il avait reçu un coup de revolver à une distance de dix pas. La balle avait pénétré à droite de l'ombilic, à 6 centimètres environ de celui-ci, sur le bord droit du muscle droit. Le blessé avait aussitôt vomi et ressenti dans tout le corps une douleur cuisante. De ce que le coup avait été tiré à une si courte distance, il était à supposer que la balle avait perforé la paroi abdominale. L'exploration avec une sonde n'amena aucun résultat.

Opération : 22 janvier 1892. — Comme partisan de la laparotomie immédiate après coups de feu de l'abdomen, je pratiquai aussitôt une incision au-dessus et au-dessous de l'orifice jusqu'à l'aponévrose et explorai avec circonspection à l'aide de la sonde, mais ne trouvai aucune ouverture. La pression abdominale, augmentée par les vomissements, fit paraître un peu d'épiploon à travers une fente du fascia; il était dès lors évident qu'il s'agissait

d'une plaie pénétrante. Lorsque j'eus ouvert la cavité abdominale, j'y trouvai une quantité assez considérable d'un liquide sanguinolent, jaunâtre, qui moussait en l'épongeant. Je songeai aussitôt à la bile, examinai attentivement le foie qui ne présentait aucune trace de blessure, mais je trouvai *la vésicule biliaire percée*, en quelque sorte déchirée à son sommet. La muqueuse faisait saillie et une grande quantité de bile s'écoulait dans le ventre. Je plaçai une éponge sous la vésicule et m'assurai que la balle ne s'y trouvait pas. Le côlon, examiné, fut trouvé dans un état normal. Le projectile avait traversé le péritoine postérieur au-dessus du rein droit et s'était logé dans les muscles du dos. Après avoir examiné en vain la cavité abdominale pour rechercher s'il existait d'autres blessures, je revins à la vésicule biliaire.

J'avivai les bords de la plaie et la fermai par des sutures superficielles et profondes (Czerny).

La bile, qui avait coulé en grande quantité dans la cavité abdominale, fut époncée. Comme l'incision longitudinale ne suffisait pas pour rentrer convenablement les intestins remplis d'excréments, je fis une incision transversale que je fermai complètement après abandon de la vésicule.

Suites opératoires. — Après 48 heures, un léger ictère apparut, dû à la résorption de la bile épanchée avant l'opération.

Résultat. — Guérison en 4 semaines, sans ressentir de douleurs au niveau de la balle restée dans le corps.

N° 223. — Observation XXXVIII.

Ed. ROSE. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, vol. XXXIV.

Opérateur : Rose.

Femme de 56 ans, entre à l'hôpital le 1^{er} février 1892.

A l'examen, on trouve une femme amaigrie, de constitution délicate, muqueuses pâles, pouls net, faible mais régulier; bruits du cœur affaiblis. Hernie ombilicale et à droite de l'ombilic, à deux ou trois travers de doigt au-dessous du rebord costal, une tumeur arrondie, dure et sensible.

Opération : 1^{er} février 1892. — Incision verticale le long du bord gauche du muscle droit entre la tumeur et la hernie. Avec le

doigt, on constate l'absence d'intestin dans la hernie, mais une partie de l'épiploon. Le péritoine n'est pas enflammé. La tumeur est constituée par la vésicule biliaire, à travers laquelle on sent un calcul. On ne songe pas à une extirpation de l'organe, à cause du collapsus dans lequel se trouvait la malade et surtout à cause des adhérences. Incision de la vésicule; il s'écoule de la sérosité limpide et 2 calculs de la grosseur d'une noisette.

Après lavage au chlorure de zinc, on sent avec une sonde, au niveau du col, le calcul trouvé par la palpation au début. On le retire avec peine avec une cuiller tranchante. Nouvelle irrigation dans la vésicule.

Suture de la vésicule biliaire avec 7 fils de soie.

Suites opératoires. — Vomissements bilieux; pouls faible, ne s'améliore pas.

Résultat. — Mort le 3^e jour.

Autopsie. — Pas de liquide dans la cavité abdominale; intestins normaux; pas d'étranglement, pas d'ulcération, pas de calculs. Le foie et la rate sont atrophiés. Plus de calculs dans les canaux biliaires. Reins sont atteints d'atrophie granuleuse. Cœur atteint de dégénérescence graisseuse.

N° 224. — Observation XXXIX.

MODIFICATION DE LORETA : CHOLÉCYSTORRAPHIE

LORETA. — *Riforma medica Rom.*, 1888, p. 326 et 333 (*in* Courvoisier).

Opérateur : Loreta.

Homme de 37 ans, souffre depuis 2 ans de catarrhe stomacal. Depuis 12 jours, violentes coliques hépatiques avec fièvre.

Diagnostic. — Cholélithiase.

Opération : 24 septembre 1887. — Incision parallèle aux côtes. La vésicule biliaire est peu saillante. Un calcul, senti à travers le canal cystique, peut être refoulé dans la vésicule, qui est incisée. Extraction du calcul. Suture en surjet de la plaie de la vésicule et nouveau surjet au-dessus du premier.

Résultat. — Guérison.

N° 225. — Observation XL.

MODIFICATION DE BOGAJEWSKJI: *INCISION LOMBAIRE*
ET INCISION LATÉRALE

Med. Obren, 1891, n° 7.

Opérateur : Bogajewski.

Femme de 35 ans chez laquelle le diagnostic de rein flottant droit ou de calcul biliaire ne pouvait être certainement posé.

Opération : 1891. — On se décide à pratiquer une fixation du rein et on fait une incision de 6 centimètres dans la région lombaire droite. La palpation du rein montre qu'il est normal, mais entre celui-ci et le bord inférieur du foie, on peut facilement sentir la vésicule biliaire, qu'on trouve dilatée et remplie de calculs. Dès lors, on pratique une nouvelle incision sur le bord externe du grand droit, longue de 6 centimètres. Après l'incision du péritoine, la vésicule est poussée hors de la plaie antérieure par l'incision postérieure, puis incisée, et 5 calculs de la grosseur d'une noisette en sont extraits; le dernier calcul était enclavé dans le canal cystique et en est chassé avec peine par la plaie postérieure.

La vésicule est suturée (suture de Lembert) et réduite dans la cavité abdominale; le péritoine et la plaie tégumentaire sont suturés. De même, suture de l'incision lombaire jusqu'à la partie inférieure, dans laquelle on met un tampon de gaze iodoformée.

Résultat. — Guérison.

Examen d'ensemble des observations.

Comme pour toutes les autres opérations sur les voies biliaires, c'est surtout chez les femmes que la cholécystotomie idéale a été pratiquée. C'est une preuve de plus apportée à la fréquence de la lithiasé biliaire dans le sexe féminin.

Sur les 40 opérations, nous comptons 35 femmes et 5 hommes seulement (obs. VII, X, XXII, XXXVII et XXXIX).

L'âge n'a pas été indiqué dans trois des observations. Cet âge a varié ainsi qu'il suit :

	HOMMES.	FEMMES.	TOTAL.
20 à 30 ans	1	5	6
30 à 40 ans	3	8	11
40 à 50 ans	1	10	11
50 à 60 ans	»	7	7
60 à 70 ans	»	2	2
Totaux	5	32	37

C'est donc entre 30 et 60 ans qu'ont été pratiquées la plupart des opérations.

Quant aux accidents qui ont motivé l'intervention et aux diagnostics qui ont été posés, ils sont très variés. La plupart du temps, les opérés souffraient de douleurs dans l'hypocondre droit, de coliques hépatiques depuis un temps variable, ainsi que cela est noté dans 27 cas.

L'ictère est signalé 14 fois. Parfois il n'a été que passager et peu marqué (obs. XXIV, XXV, XXXII et XXXIII).

Dans ces cas, le plus souvent, il a coïncidé avec l'apparition de coliques hépatiques, qui, dans l'observation XIII, dataient de 14 ans.

Toutefois, l'ictère persistait au moment de l'opération depuis 2 ans (obs. X), depuis un an (VII, XX et XXI), depuis 6 semaines (XI), 2 mois (III) et 1 mois (V). L'observation XXXVI porte : ictère à un haut degré, mais la date de l'apparition n'est pas indiquée.

Les diagnostics suivants ont été posés : Dilatation de la vésicule : 9 fois ; hydropisie : 3 fois ; cholélithiase : 15 fois ; obstruction du canal cholédoque : 6 fois ; carcinome de la vésicule : 1 fois ; perforation : 2 fois ; tumeur du rein : 2 fois ; et une seule fois, il s'est agi d'une plaie par arme à feu.

Voyons maintenant quelques points de technique opératoire, qui ont présenté certaines variantes, suivant les opérateurs.

Le premier temps de l'opération, que nous avons étudié dans le chapitre I^{er}, c'est-à-dire l'incision des téguments, a présenté quelques différences, suivant le siège, la direction et même la région.

Ce *modus faciendi* de toute laparotomie n'a pas toujours été indiqué par les chirurgiens; c'est ainsi que dans les 44 observations suivantes: XXIII, XXIV, XXV, XXVI, XXVII, XXIX, XXXI, XXXII, XXXIII et XXXIV, il n'existe aucun détail pouvant faire supposer une incision sur la ligne médiane ou latérale, suivant une direction verticale, transversale ou parallèle aux côtes.

En effet, parfois l'incision a été simplement transversale (obs. XII, XIV, XXVIII), oblique ou parallèle au rebord costal (obs. VI, VII, XX, XXXV, XXXVI et XXXIX). Le plus souvent, les téguments ont été incisés suivant une direction verticale, soit sur le bord externe du muscle droit (obs. I, III, V, IX, X, XI, XIII, XVIII, XIX, XXI et XXXVIII), soit sur la ligne médiane (obs. II, VIII, XVII, XXII et XXXVII).

Dans quelques cas, à l'une ou l'autre de ces deux dernières incisions, l'opérateur a cru utile d'ajouter une incision transversale, perpendiculaire sur la première, soit vers l'ombilic, soit vers le côté externe droit, ainsi que cela est noté dans les observations IV, VII, X et XXII.

Nous ne répéterons pas ici ce que nous avons déjà dit à propos du choix de l'incision. Pour cette opération, comme pour les précédentes, l'incision verticale sur le bord du muscle grand droit nous semble préférable à toutes les autres, même si à la cholécystotomie idéale s'ajoute une *cholédochotomie*, comme dans les observations XX, XXVIII et XXXVI.

Quant à l'incision lombaire que préconise BOGAJEWSKI

(obs. XL), s'appuyant sur son observation et sur un cas semblable de TISCHENDORF (cas que nous n'avons pu nous procurer), elle ne nous semble pas présenter plus d'avantages que l'incision antéro-latérale. Sa position en dehors du péritoine ne peut plus être une raison en sa faveur ; quant à la plus grande facilité qu'elle peut procurer pour repousser, par des manœuvres digitales, les calculs des canaux biliaires dans la vésicule ou l'intestin, c'est trop exiger que d'avoir recours à cette nouvelle incision. Elle peut faire perdre beaucoup de sang au malade et apporter un nouveau choc opératoire, si souvent mortel.

La cavité péritonéale une fois ouverte, la recherche de la vésicule n'a présenté, dans la plupart des cas, presque aucune difficulté, sinon dans l'observation VII, où elle était si profondément située sous le foie, qu'on prit le duodénum pour le réservoir biliaire et qu'on l'incisa. Dans le cas complexe de KÜSTER (obs. XXXVI), la vésicule fut ouverte sans être reconnue ; elle était pour ainsi dire perdue au milieu d'adhérences épiploïques.

Ces adhérences avec l'épiploon, mentionnées dans 7 observations, ne semblent pas cependant avoir beaucoup gêné les opérateurs. C'est ainsi que HEUSSNER (obs. XXVIII) s'en est servi pour former une sorte de cavité indépendante de la cavité péritonéale, en fixant l'épiploon à la plaie abdominale par quatre points de suture. On a aussi trouvé des adhérences s'étendant à l'intestin, au duodénum (XI, XXX), au côlon (XXIV), au foie (XXX) et à la veine porte (X).

Trois fois seulement, la vésicule était atrophiée ; il est à noter que dans ces cas le canal cholédoque était obstrué (obs. IX, XI et XXXVI) ; dans les autres cas, elle est dilatée ou de volume normal.

La vésicule est mise à nu et maintenue entre les lèvres de la plaie pariétale avec de la gaze iodoformée ou des compresses

aseptiques. HEUSSNER, pour mieux la maintenir, essaya de la traverser avec un fort fil de soie, mais comme la bile s'écoulait par les orifices de piqure, il dut retirer ce fil et se contenter de la méthode ordinaire (obs. xxxiv). Puis on pratique la ponction. Cette manœuvre, si utile avant l'incision de la paroi cystique, n'aurait été faite que 5 fois (obs. v, vi, viii, ix et xi). Mais il est probable que les relations sont incomplètes à ce sujet. Quoi qu'il en soit, il vaut toujours mieux pratiquer cette ponction; on évite de la sorte, au moment de l'incision, un flot de liquide, contre lequel on pourrait n'avoir pas pris assez de précautions, dans le but d'éviter tout contact avec le péritoine.

La vésicule incisée, on a trouvé 12 fois de la bile, 4 fois du pus et 5 fois un liquide clair. Quant aux calculs, ils se sont trouvés en nombre variant de 1 à 114; le plus souvent ils siégeaient dans la vésicule. Ces derniers n'ont pas présenté de difficultés dans leur extraction. On en a rencontré dans le col (obs. i), dans le canal cystique, 6 fois; ceux-ci ont été extraits soit avec une curette non tranchante, soit en les repoussant dans la vésicule par une douce pression exercée avec les doigts. Dans l'observation viii, on avait fait auparavant quelques débridements au bistouri sur la muqueuse du canal. Le canal cholédoque en a renfermé 8 fois; dans un seul cas, le calcul n'a pu être extrait (obs. ix); on a pu le repousser par des manœuvres digitales dans la vésicule biliaire (obs. v), par le cathétérisme dans l'intestin (obs. xxi). Deux fois (obs. x et xi), les calculs ont été enlevés par morceaux après *lithotripsie*. Dans les trois autres cas, le calcul a été retiré après *cholédochotomie* (obs. xx, xxviii et xxxvi).

La vésicule était perforée au niveau du fond dans deux cas: dans l'observation iv, la perforation était due à l'ulcération de

la paroi par un calcul, et dans l'observation xxxvii, à une balle de revolver.

Les bords de l'ulcération ont été réséqués dans ces deux cas; HAGEMANN dut enlever une partie de la paroi de la vésicule dilatée (obs. xii).

Le temps le plus important de la cholécystotomie idéale, c'est-à-dire la suture, peut être pratiqué, ainsi que nous l'avons dit, suivant les procédés types de Lembert et de Czerny. Malheureusement, dans 21 observations, cette partie est très écourtée; on se contente de dire suture et abandon de la vésicule, sans préciser davantage.

Dans les observations iv, vi, vii, xxxi, xxxiv et xxxvii, c'est à la suture de Czerny qu'on a eu recours; la suture de Lembert est indiquée sept fois (obs. v, xxi, xxii, xxxiii, xxxv, xxxviii et xl).

Quelques opérateurs ont apporté quelques modifications de peu d'importance. Roux, par exemple, a fait une suture à trois étages: le premier comprenait la muqueuse seule, le deuxième la séro-muscleuse en surjet et le troisième, composé de trois points coupés pour consolider la suture en surjet (obs. xvii et xviii). ROSE, dans un premier cas (obs. xix), fit la suture de Czerny, mais le premier rang comprenait muqueuse et séreuse. Dans le second cas (obs. xxxv), ce chirurgien voulut encore employer la suture double, mais le second rang ne tint pas, à cause de l'épaisseur de la paroi. Nous avons déjà parlé de la *cholécystorrhaphie* de Loreta, nous n'y reviendrons pas.

La nature des substances employées pour les sutures n'est mentionnée que dans quatre observations: la soie (obs. xxii et xxxviii), le catgut (obs. vi et xxxv). Nous répétons qu'il faut éviter cette dernière substance, la soie stérilisée est de beaucoup préférable.

Il n'existe que deux observations dans lesquelles le chirurgien a suturé la vésicule, quoique le canal cholédoque fût obstrué (obs. III et IX). Dans les autres cas, d'après les symptômes, l'exploration digitale ou le cathétérisme, on a toujours auparavant reconnu la perméabilité du canal cholédo-cystique.

Aussi, confiants dans leurs sutures, les opérateurs ont-ils toujours fermé complètement la plaie abdominale, sans établir aucun drainage, si ce n'est dans le cas où l'on fit une suture du foie après la résection de la partie indurée et dans les trois cas de cholécystotomie idéale avec cholédochotomie.

Aucune observation ne donne de détails sur la suture de la plaie de laparotomie. Quelle que soit l'incision, nous recommandons les trois plans habituels : péritoine, couche musculaire et peau, de façon à éviter toute espèce d'éventration, surtout dans les cas d'incisions transversale ou oblique.

Résultats immédiats et éloignés.

I. — RÉSULTATS IMMÉDIATS

Si la cholécystotomie idéale a débuté par une série malheureuse ; si, il y a quelques années, on pouvait regarder cette opération comme peu recommandable et à rejeter (DENUCÉ, 1885), si L. TAIT¹, même en 1889, a pu s'élever contre cette opération et la juger comme « *fatal in every instance* », si DELAGENIÈRE, en 1890, « n'hésite pas à se ranger à l'avis de Tait et à condamner cette opération dite idéale », si CALOT, en

1. L. TAIT. — *Edinburgh med. Journ.*, octobre 1889, p. 310.

1891, nous dit qu'elle est abandonnée avec raison, nous osons dire maintenant que c'est une opération qui, par les résultats suivants, mérite au contraire de ne point tomber dans l'oubli et d'être pratiquée aussi bien en France qu'à l'étranger, et même d'y être perfectionnée, ainsi que nous le verrons dans le paragraphe II.

Quels ont été les résultats immédiats des 40 opérations typiques que nous avons pu rassembler ?

Nous comptons : 33 guérisons et 7 morts, ce qui donne, sans nous inquiéter des causes de mort, une mortalité de 17.5 p. 100.

Les 7 cas de mort sont dus aux causes suivantes :

1^{er} cas. Obs. I. — La malade de *Meredith* est morte dans le collapsus 48 heures après l'opération.

A l'autopsie, pas de péritonite, congestion aiguë des reins. *Sutures intactes*.

2^e cas. Obs. III. — La malade est morte 65 heures après l'opération. La cholécystotomie idéale avait été précédée d'une néphrectomie, à la suite de laquelle survint une hémorrhagie de l'artère rénale.

3^e cas. Obs. IV. — La mort survint en 24 heures par péritonite. Pas d'autopsie. Dans ce cas il y avait eu perforation de la vésicule et c'est au milieu de symptômes de péritonite que *Küster* opéra.

4^e cas. Obs. V. — La mort au bout de 3 jours fut causée par une perforation qui s'est établie entre le canal cholédoque et le duodénum.

5^e cas. Obs. VII. — Le malade de *Keen* est mort dans le collapsus au bout de 4 heures ; la cholécystendyse avait été précédée par erreur de l'ouverture du duodénum, qu'on avait aussitôt refermé. A l'autopsie, on trouva du sang dans le ventre, mais *pas de bile*, les *sutures étaient intactes*.

6^e cas. Obs. IX. — Mort, 54 heures après l'opération, de péritonite. Il est vrai que *Pringle* n'avait pu extraire le calcul du cholédoque ; d'ailleurs l'autopsie ne dit pas que les sutures ont manqué, bien que les canaux biliaires aient été trouvés très dilatés.

7^e cas. Obs. XXXVIII. — Mort dans le collapsus au bout de 3 jours ; la malade était atteinte de dégénérescence graisseuse du cœur.

Deux fois seulement, la cholécystotomie idéale a été suivie d'une fistule, sans pour cela occasionner la mort. D'ailleurs, dans le premier cas seul (obs. x), on a eu une fistule biliaire permanente ; dans le second cas (obs. xxxv), le second plan de sutures de la vésicule n'avait pas tenu et la malade avait été prise de vomissements intenses au moment même de la suture et dans les jours qui suivirent l'opération. La guérison fut complète en 40 jours, sans aucune trace de fistule.

Quant à la guérison, elle ne s'est pas fait longtemps attendre ; dans les cas où il est question de cette durée, c'est au bout de 12 jours (obs. xxxiv), 17 jours (xxx), 20 jours (xxiv), 3 semaines (xxii et xxviii), 24 jours (xxx), 6 semaines (xxvi), 2 mois (xxvii). Une seule fois, cette durée est de 3 mois (obs. xxxvii), mais l'opération avait été compliquée d'une cholédochotomie.

Nous pouvons donc résumer ainsi les résultats immédiats de la cholécystotomie idéale :

Mort directe par l'opération	4	}	7
Mort indirecte après l'opération	3		
Fistule biliaire			1
Guéris définitivement			32
Total			40

II. — RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

Il eût été intéressant de savoir ce qu'étaient devenus tous ces opérés ; malheureusement, une fois guéris et sortis de l'hôpital, les malades ne donnent le plus souvent pas de leurs nouvelles. Cependant il est question des résultats éloignés dans dix observa-

tions. Les opérés ont été revus à une époque variant de six mois à deux ans après l'intervention, dans les observations XIII, XIV, XX, XXI et XXXVI. La malade qui fait le sujet de l'observation XXXII, fut reprise, au bout de deux ans, de coliques hépatiques.

Deux malades sont morts, l'un au bout de deux ans, de pneumonie (obs. III) ; l'autre, au bout de huit mois (obs. X). Ce dernier était porteur d'une fistule biliaire complète, due, d'après l'autopsie, à une position à angle droit du canal cholédoque sur un canal hépatico-cystique direct, déformation dont nous avons parlé à propos de la cholécystostomie (p. 58).

Ces résultats éloignés ne changent en rien la statistique fournie d'après les résultats immédiats, puisque aucune des morts survenues n'a été la suite directe de l'opération.

Critique de la cholécystotomie idéale.

La cholécystotomie idéale ou cholécystendyse a été vivement attaquée, surtout par L. TAIT et LANGENBUCH, ardents défenseurs, le premier de la cholécystostomie, le second de la cholécystectomy.

C'est ainsi que Tait s'exprime : « La vésicule biliaire est un organe susceptible de se remplir et de se vider alternativement. Son évacuation se fait par la contraction des fibres musculaires de la paroi, contraction qui est plus considérable qu'on ne le croit généralement. En outre, la muqueuse de la vésicule sécrète un liquide clair et albumineux qui contient une sorte de ferment. C'est ce liquide qui distend la vésicule lorsqu'elle renferme des calculs, et parfois lui fait acquérir un volume considérable. Si, d'autre part, un calcul s'engage dans le cholédoque

par le fait de l'opération, la plaie de la vésicule ne restera pas fermée, mais sera déchirée. »

Langenbuch met opposition à la suture de l'incision vésiculaire, en donnant comme raisons : difficulté, quand il n'y a pas impossibilité, d'établir une suture suffisamment solide, probabilité de l'éclatement de cette dernière, entrée du contenu dans la cavité abdominale et péritonite mortelle.

« Ce fatal *crescendo* était l'épouvantail avec lequel on prévenait de l'opération. » Il est vrai de dire que ces deux chirurgiens s'appuyaient sur une statistique du début malheureuse ou incomplète et même erronée, puisque Tait affirmait que tous les opérés étaient morts. DE PAGE, dans son mémoire couronné par l'Académie royale de Bruxelles, en 1887, réunissait six cas, ce qui a fait dire à KOCHER que cette opération donnait une mortalité de 50 p. 100.

Il nous est facile aujourd'hui de répondre aux objections qui ont été faites à la cholécystendyse :

Si, dans deux cas sur quarante, la suture a éclaté, cela tient à ce que, dans l'un, il y avait contre-indication formelle à la suture de la plaie cystique, puisque le canal cholédoque n'était pas perméable; dans l'autre, des vomissements sont survenus au moment de l'établissement de la suture, qui dans ce cas, disons-le, n'était pas suffisante.

D'ailleurs, dans aucun cas, le contenu de la vésicule ne s'est écoulé dans la cavité abdominale, et par suite, dans aucun cas, n'est survenue de péritonite mortelle, due à la suture de l'incision vésiculaire.

On n'a jamais vu non plus les contractions musculaires du réservoir biliaire amener un déchirement quelconque. Et même dans les cas suivis de mort, on a pu constater que les sutures avaient bien tenu et étaient intactes.

Une objection qu'on pourrait faire à la cholécystotomie idéale, c'est qu'elle ne met pas à l'abri d'une récurrence. C'est possible. Mais est-il bien certain que la cholécystectomie, en supprimant la vésicule, supprime à jamais la lithiase biliaire? LEBERT, CRUVEILHIER, SENACH, FRERICH, MURCHINSON, TROUSSEAU, ANDRAL, LEBEY, n'ont-ils pas découvert des calculs sur tous les points du réseau biliaire? BALDAYER, cité par SOMMERING, a même rencontré des calculs dans les voies biliaires d'un homme dépourvu de vésicule (Calot, Th.). HEUSSNER (obs. xxxii), faisant une cholécystotomie idéale dans un cas de coliques hépatiques, n'a rien trouvé dans la vésicule ni dans les canaux vecteurs. Ne s'agissait-il pas d'une formation de calculs intra-hépatiques?

Nous pouvons donc terminer cette critique en disant, avec COURVOISIER, que, « si de toutes les opérations sur le système biliaire, aucune n'a rencontré autant d'hostilités que celle-ci, elle mérite cependant de prendre une place d'honneur entre toutes les autres, car, *a priori*, elle a cette particularité pour elle, qu'elle occasionne le moins de situations anormales, ne supprime pas la vésicule quand elle pourrait encore être nécessaire et n'établit pas sans raison une fistule ».

D'ailleurs, nous verrons dans notre dernier chapitre quelles en sont les indications opératoires.

Cholécystotomie idéale en deux temps.

SENGER, en 1890, a proposé un procédé que WÖLFLE et COURVOISIER désignent sous le nom de *cholécystotomie idéale en deux temps*, quoiqu'en réalité il se pratique en trois séances plus ou moins rapprochées l'une de l'autre :

Dans une première opération, comme dans la cholécystostomie en deux temps, on met à nu la vésicule et on la fixe aux lèvres de la plaie abdominale. Un pansement antiseptique termine ce premier temps.

Un ou deux jours après, quand les adhérences sont formées, la vésicule est ouverte, les calculs extraits et on pratique immédiatement la suture de la plaie vésiculaire. Le tout est recouvert d'un pansement.

Dans les jours qui suivent, on constate si de la bile s'écoule par la suture; dans ce cas, on la refait deux, trois ou quatre fois, jusqu'à ce qu'elle soit parfaite. Alors le troisième temps de l'opération consiste à détruire les adhérences que la vésicule a contractées et à l'abandonner dans la cavité abdominale comme dans la cholécystotomie idéale ordinaire.

WÖLFLE a employé avec succès cette modification, ainsi que nous le verrons dans l'observation qui suit, tandis que SENER n'a pu pratiquer le troisième temps. D'ailleurs il ajoute que, par crainte d'hémorrhagie ou d'infection, on peut laisser la vésicule adhérente, car, s'il se forme une fistule, il n'y a pas de danger pour le péritoine.

N° 226. — Observation I.

WÖLFLE. — *Wiener kl. Wochenschr.*, 1890, nos 20 et 21. (Rés. d'ap. Courvoisier.)

Opérateur : Wölfler.

Femme de 45 ans, souffrait depuis 4 ans de douleurs à l'épigastre, s'accompagnant de vomissements. Depuis 8 jours, douleurs dans le mésogastre, diarrhée. Météorisme. On constate une douleur de la vésicule biliaire. Fièvre.

Diagnostic. — Cholélithiase.

Opération : 1^{er} juillet 1889. — Incision sur le bord du muscle droit. Les adhérences avec l'épiploon sont détachées. La vésicule est

attirée au dehors, entourée d'une lanière de gaze iodoformée, pour la fixer au dehors de la plaie et diminuer le nombre des sutures.

Le 3, *incision* de la vésicule et extraction de 3 calculs, dont un se trouvait dans le canal cystique. *Suture* de la vésicule qui reste en dehors de la plaie abdominale.

Le 12, la vésicule est libérée de ses adhérences et abandonnée. La cavité abdominale est fermée.

Résultat. — Sort *guérie* le 10 août.

N° 227. — Observation II.

SENGER. — *Berl. kl. Wochenschr.*, 1890, n° 2, p. 28-30 (traduction *in extenso*).

Opérateur : Senger.

Femme de 29 ans, souffrait depuis 7 ans de maux d'estomac avec vomissements. Depuis 2 ans, violentes douleurs dans le côté droit, jamais d'ictère. A droite du muscle droit, on sent une tumeur de la grosseur d'une pomme, mobile avec le foie.

Diagnostic. — Kyste du foie ou tumeur de la vésicule par calcul.

Opération : 1889. — Incision de 12 centimètres de long au niveau du bord externe du grand abdominal droit; suture des tégu-ments avec le péritoine. Avec les doigts on sent un calcul dans la vésicule dilatée; le canal cholédoque est libre. On attire la vésicule au dehors de la plaie, en rompant de nombreuses adhérences qui donnent lieu à un écoulement de sang assez fort et prolongé; pour amener plus facilement la tumeur dans la plaie, on relève le bord antérieur du foie. Puis, pour empêcher qu'elle ne s'échappe, on la renverse sur le côté droit, on place au-dessous un tampon de gaze iodoformée et on la fixe par son sommet à la peau au moyen d'un fil de soie qui n'atteint pas la muqueuse.

42 heures plus tard, alors que les adhérences se sont établies entre la vésicule et le péritoine, Senger *incise* la vésicule et en extrait un calcul plus gros qu'un œuf de pigeon. Puis il *suture* aussitôt les lèvres de l'incision.

Deux jours après, on enlève le pansement. Au niveau de la suture il ne reste qu'une fistule du calibre d'une épingle; mais en l'avivant toute la suture se rompt. Senger excise alors une partie de la vési-

cule, dissèque un peu la muqueuse et refait une suture avec de la soie. Celle-ci tient, mais le péritoine s'était séparé de la paroi abdominale sur un point et de la bile s'était épanchée. Consécutivement l'opérée, jusque-là apyrétique, eut un peu de fièvre et un abcès tégumentaire au niveau de la plaie abdominale.

Résultat. — Au bout de 3 semaines elle était parfaitement guérie. Vu cet abcès, Senger n'osa donner suite à son projet de réduire la vésicule dans la cavité abdominale et de suturer la plaie de laparotomie. Néanmoins, au bout de 15 jours, le sommet de la vésicule avait disparu du fond de la plaie.

REMARQUES

La modification de Wölfler et Senger nous semble absolument inutile et mérite d'ailleurs les mêmes reproches que la cholécystostomie en deux temps. Pourquoi faire en effet en deux séances ce qu'on peut faire en une seule ? D'ailleurs, l'intervalle de deux jours indiqué par Senger ne suffit pas pour la formation des adhérences. D'autre part, ce chirurgien est même obligé de reconnaître que le troisième temps de son opération, c'est-à-dire la destruction des adhérences, n'est pas toujours possible, quand il n'est pas dangereux.

Il faut dire cependant que la tentative de ces deux chirurgiens était heureuse en ce sens qu'elle répondait à l'objection faite à la suture immédiate de la vésicule, regardée comme dangereuse. C'est un pas de transition entre la cholécystotomie idéale et le procédé qu'il nous reste à étudier.

§ II. Cholécystotomie proprement dite avec cholécystopexie.

Ce procédé, employé pour la première fois par deux Américains, PARKES et CARMALT, en 1886, modifié par CZERNY en 1888, est désigné par COURVOISIER sous le nom d'*incision de la vésicule biliaire avec fixation à la plaie abdominale et suture extrapéritonéale de l'incision*. TERRIER, pour le distinguer de la cholécystotomie idéale, l'appelle *cholécystotomie à sutures perdues intrapariétales*.

Cette opération consiste dans la suture de la vésicule avec fixation de l'organe à la plaie abdominale qu'on referme aussitôt; elle se pratique en un seul temps.

Nous distinguerons deux procédés, suivant que la fixation précède la suture (Parkes, Carmalt) ou la suit (Czerny, Socin, Langenbuch, Vautrin).

TECHNIQUE OPÉRATOIRE

I. — PROCÉDÉ DE PARKES-CARMALT

Les deux temps qui précèdent la suture de l'incision vésiculaire sont les mêmes que dans le procédé de Ransohoff, c'est-à-dire qu'après avoir incisé la paroi abdominale et le péritoine, mis à nu la vésicule, celle-ci est fixée à la séreuse et à la couche musculaire sus-jacente, comme nous l'avons décrit (p. 47). Elle est ensuite incisée; on en extrait les calculs et on pratique le cathétérisme des canaux biliaires. On procède ensuite à la

suture de l'incision vésiculaire, comme dans la cholécystotomie idéale, et par-dessus cette dernière, à celle de l'incision abdominale.

Telle est la méthode employée dans les deux observations qui suivent :

N° 228. — Observation I.

PARKES. — *Med. News, Philadelphia*, 8 mai, p. 532, 1886. (*In Courvoisier.*)

Opérateur : Parkes.

Femme de 51 ans, qui depuis 10 ans souffrait souvent de coliques hépatiques et remarquait en même temps des calculs dans ses selles. Il existe de l'ictère ; les fèces sont grisâtres.

Le diagnostic est incertain.

Opération : 1886. — Incision verticale. La vésicule biliaire, fortement unie au foie, est atrophiée. On sent des calculs dans le col et un gros dans le canal cholédoque. La vésicule est libérée de ses adhérences, *fixée et incisée*. Paroi épaissie — un demi-pouce environ ; — 43 calculs sont extraits. L'incision de la vésicule est suturée et au-dessus la plaie abdominale.

Suites opératoires. — *Mort* dans le collapsus le 3^e jour. Pas de péritonite.

N° 229. — Observation II.

CARMALT. — *Ibid.*, p. 533. (*In Courvoisier.*)

Opérateur : Carmalt.

Femme de 37 ans, se plaignait depuis plusieurs années de douleurs dans l'hypocondre droit. Une tumeur constatée est prise pour un rein mobile. Pas de symptômes de lithiase biliaire.

Opération : 1886. — Incision latérale sur le bord du muscle droit. On tombe sur la vésicule biliaire dilatée. *Ponction aspiratrice* : il s'écoule 4 onces de liquide clair. *Fixation* de la vésicule et *incision*. On extrait, en les broyant, 5 calculs dont 2 du canal cys-

tique. *Suture* de la vésicule au *catgut*. Suture de la plaie abdominale.

Suites opératoires. — Guérison par première intention, excepté au niveau de l'endroit où l'on avait mis un drain. Apyrexie. Rétablissement rapide.

Résultat. — Guérison.

REMARQUES

Faut-il drainer? TERRIER conseille le drainage; dans le cas où l'une des deux sutures de la vésicule cède, dit-il, l'écoulement de la bile au dehors serait surtout assuré si, entre la suture de la vésicule et celle des téguments, on plaçait un drain. Quoi qu'il en soit, ce drain sera toujours composé d'une simple lanière de gaze antiseptique, car le drain en caoutchouc pourrait amener des érosions au niveau de la suture vésiculaire.

II. — PROCÉDÉ DE CZERNY

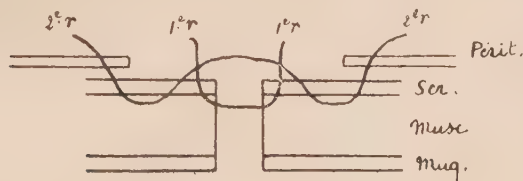
Après avoir incisé la vésicule, fait les manœuvres nécessaires pour l'extraction des calculs et pour se rendre compte de la perméabilité des canaux biliaires, l'incision est suturée soit à la façon de Lembert, soit à celle de Czerny.

La vésicule ainsi fermée, Czerny a procédé de la façon suivante dans sa première opération. Il suture le péritoine au-dessus et au-dessous de la tumeur, puis il continue à droite et à gauche de la vésicule par une *suture en surjet*, comprenant le péritoine et la séreuse vésicale. Cette suture forme ainsi autour

de la suture de l'incision cystique une collerette péritonéale. La cavité abdominale est ensuite fermée, puis drainée, si on le juge à propos.

Au lieu de pratiquer cette suture péritonéale en collerette, indépendante de la suture vésiculaire, il vaut mieux employer la méthode suivante :

Que ce soit à la suture de LEBERT ou à celle de CZERNY qu'on ait recours pour fermer la vésicule, on prend dans chaque anse de fil, de dehors en dedans, le péritoine pariétal et on con-



tinue soit le point de Lebert, soit le deuxième rang de la suture de Czerny pour prendre à nouveau le péritoine de l'autre côté. De cette façon on forme tout aussi bien une barrière péritonéale autour de la suture vésiculaire, aussi solide et aussi sûre que la précédente, sans présenter les complications d'une troisième suture et en évitant les tiraillements que cette dernière peut exercer sur celle de l'incision vésiculaire. C'est le procédé employé par M. Vautrin dans l'observation que nous relatons plus loin.

Voici les cinq observations, que nous avons pu trouver, dans lesquelles on a pratiqué la fixation de la vésicule idéalement fermée. KLINGEL, après avoir publié la première observation de Czerny, ajoute qu'il a opéré avec succès, en février 1889, un cas analogue et suivant la même méthode. Le Dr Marcel

BAUDOIN, d'après une communication orale faite à M. Terrier, aurait assisté, en août 1890, à une opération de ce genre faite par KUMMELL à Hambourg.

N° 230. — Observation III.

KLINGEL. — *Beitr. zur klin. Chir.*, 1889, Bd. 5, p. 123 (traduction *in extenso*).

Opérateur : Czerny.

Femme de 49 ans, souffrait depuis le mois d'avril 1888. Son affection a débuté par des troubles gastriques, vomissements, amertume dans la bouche, maux de tête et d'estomac. L'appétit est encore assez bon.

Le 27 juin 1888, la malade entre à la clinique médicale d'Heidelberg où l'on pose le diagnostic de cancer de l'estomac, diagnostic motivé par l'examen suivant : à droite et à 5 centimètres environ, un peu au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur de la grosseur d'une noix, légèrement bosselée, douloureuse à la palpation. Dans le côté droit, entre le rebord costal et la crête iliaque, à côté de la tumeur citée plus haut, on trouve, plus dans la profondeur, mais encore assez superficielle, une autre tumeur lisse, peu mobile, à bords arrondis, en forme de fève. D'après la forme et la grosseur, la tumeur ressemble à un rein mobile. Pas d'ascité.

Diagnostic. — Cancer du pylore.

Opération : 7 juillet 1888. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne blanche, s'étendant à 5 centimètres au-dessus et au-dessous de l'ombilic. Aussitôt se présente une tumeur oblongue, bosselée, recouverte de fausses membranes, qu'on reconnaît être la vésicule biliaire, remplie de calculs. Sa paroi inférieure est unie au duodénum et au pylore, ce qui avait contribué à la dilatation de l'estomac. Les adhérences sont coupées et le canal cystique, très dilaté et rempli de calculs, est exploré jusqu'au duodénum. La plaie abdominale est suturée partiellement au moyen de cinq sutures et la vésicule attirée au dehors. La cavité abdominale est protégée par des éponges et des compresses, puis la vésicule est *incisée* sur une longueur de 2 centimètres. *Extraction* de 280 calculs du volume d'une graine de chènevis. De la bile d'un jaune pâle s'écoule en petite

quantité. *Suture* de la vésicule avec plusieurs fils de soie. (D'après le procédé de suture des plaies de l'intestin de Czerny.) Par deux sutures au catgut en surjet, on forme une collerette de péritoine sur le fond de la vésicule suturée. On enduit le duodénum, qui avait été détaché de la vésicule, avec de la vaseline iodoformée. On ferme la paroi abdominale. Pansement à la gaze iodoformée et au sublimé.

Suites opératoires. — Premier pansement le 16 juillet ; les sutures des téguments sont enlevées.

Résultat immédiat. — Guérison.

Résultat éloigné. — En décembre 1888, la malade, revue, se porte très bien.

N° 231. — Observation IV.

SOCIN. — *Orig. Kgesch. des Kantonspital Liestal.* (In Courvoisier.)

Opérateur : Socin.

Femme de 66 ans, a présenté, en 1888, un abcès situé à 4 centimètres au-dessus de l'ombilic et qui a été ouvert au commencement de 1889 ; il s'en est écoulé un liquide brunâtre. Depuis, il persiste une fistule, qui a été dilatée au printemps de cette année. On a extrait trois gros calculs, pesant ensemble 35 grammes. Il persiste une fistule biliaire.

Diagnostic. — Fistule biliaire.

Opération : 17 juin 1890. — Incision transversale. L'extirpation de la vésicule est impossible, par suite des adhérences trop fortes avec le foie. Alors on mène une incision verticale sur la première. On libère les adhérences de la vésicule, allongée en forme d'outre, à la paroi abdominale et à l'épiploon. *Résection* d'une grande partie de la vésicule et *suture* de la plaie par un double rang de sutures à la soie. *Fixation* à la plaie abdominale, dont la plus grande partie reste ouverte.

Résultat. — La plaie est en bon état ; mais *mort* par pneumonie hypostatique intercurrente.

Cette observation, dont nous n'avons pu trouver que le résumé, est intéressante au point de vue du but dans lequel elle a été pratiquée, c'est-à-dire la fermeture d'une fistule biliaire.

N° 232. — Observation V.

LANGENBUCH. — *Deut. med. Wochenschrift*, 1890, p. 1242.

Opérateur : Langenbuch.

Femme de 30 ans, qui avait ressenti dans les dernières années des malaises de peu d'importance dans la région du foie, fut prise, il y a quatre semaines, de violentes douleurs au niveau de la vésicule biliaire. A la palpation, on constate une tumeur dure, mobile, douloureuse, des dimensions d'un œuf d'oie.

Opération : 17 janvier 1890. — Incision exploratrice. Comme on s'y attendait, la tumeur était constituée par la vésicule biliaire. Celle-ci fut attirée autant que possible au dehors, et la cavité abdominale protégée avec des éponges et de la gaze.

Incision de la vésicule. — Il s'échappe un liquide verdâtre, purulent et 20 calculs sont extraits. La muqueuse présentait une tuméfaction catarrhale ; la paroi était infiltrée et épaissie.

Je résolus de m'abstenir provisoirement d'une extirpation de la vésicule et de me borner à la cholécystotomie idéale avec une modification présentant plus de sécurité. Cette modification de Czerny et de moi consiste en ce que la vésicule, fermée par la suture, sera indépendamment fixée à la plaie abdominale.

Résultat. — Guérison.

Notons, dans ce cas, la présence d'une cholécystite suppurée, ce qui n'a pas empêché Langenbuch de pratiquer la suture de la vésicule, en apportant, il est vrai, une modification heureuse, dont il essaye de se donner la priorité.

N° 233. — Observation VI.

WINKELMANN. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, vol. XXXI, 1891, p. 387.

Opérateur : Czerny.

Femme de 28 ans, qui, depuis plusieurs années avait remarqué dans le côté droit, entre l'ombilic et le bord des côtes, une tumeur dure de la grosseur d'un œuf de pigeon. Depuis un an et demi, la tumeur s'est tellement développée qu'elle en est incommodée.

Diagnostic. — Hydropisie de la vésicule biliaire.

Opération : le 7 mai 1890. — Incision médiane s'étendant de un travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Ouverture du péritoine. On constate, couchée sur le côlon transverse, une tumeur fluctuante, lisse, fortement tendue, de la grosseur du poing et qui se continue sous le foie en se pédiculisant. Elle représente sans doute la vésicule biliaire. Dans le col, on sent un corps dur, oval, de la grosseur de l'extrémité du doigt. Plusieurs anses intestinales sortent par la plaie trop grande ; elles sont recouvertes de compresses chaudes et la cavité péritonéale est ainsi fermée.

La ponction donne 300 centimètres d'un liquide louche, filant, inodore ; les dernières gouttes sont blanches et contiennent de la cholestérine, qui se dépose au fond du vase. Le désenclavement du calcul qui oblitère l'entrée du canal cystique réussit après quelques difficultés ; après l'avoir libéré, *incision* de la vésicule et extraction du calcul avec les doigts. Les lèvres de l'incision vésiculaire sont aussitôt suturées avec de la soie. La plaie péritonéale est réunie au-dessus et au-dessous de la tumeur. Le reste de la suture péritonéale est pratiqué en prenant en même temps la séreuse viscérale à droite et à gauche de la suture. Suture de la peau. On place une lanière de gaze iodoformée entre les deux sutures. Pansement antiseptique.

Résultat immédiat. — Guérison le 16 juin.

Résultat éloigné. — Le 10 juillet, la malade écrit qu'elle va très bien et travaille toute la journée sans ressentir de douleurs. La cicatrice est solide.

N° 234. — Observation VII.

Cholécystotomie avec cholécystopexie pour calcul du canal cystique. — Guérison. (*Personnelle, inédite.*) — Clinique chirurgicale de M. le professeur Gross.

Suppléant : M. Vautrin.

M^{me} P., âgée de 43 ans, mère de plusieurs enfants, ouvrière dans une filature, m'est adressée en septembre 1891 pour une affection abdominale de nature indéterminée. Depuis deux ans environ, cette malade éprouvait des douleurs dans l'hypocondre droit avec exacerbations fréquentes qui l'obligeaient à suspendre son travail, d'ail-

leurs assez fatigant. Le traitement s'était attaqué d'abord aux troubles gastriques qui dominaient, aux vomissements bilieux qui survenaient de temps en temps. La médication avait été impuissante. Dans le courant de l'année 1890, le médecin traitant remarqua, au-dessous du rebord des fausses côtes droites, à droite de la ligne médiane, une tuméfaction profonde, douloureuse à la pression, sur laquelle il fit appliquer à plusieurs reprises des vésicatoires. Malgré le repos, les purgatifs, les calmants et les révulsifs, les douleurs et les phénomènes gastriques s'aggravèrent au point que la malade vint bientôt demander une intervention.

C'est au commencement de septembre 1891 que j'examinai M^{me} P. pour la première fois, et je dois dire qu'après cet examen un peu court, je ne croyais pas à une affection biliaire. Comme la malade était atteinte de prolapsus utérin, je penchais pour l'existence de douleurs sympathiques de cette affection et c'est dans cette idée que je remis au lendemain une exploration plus complète.

Dans l'intervalle on purgea la malade, et on lui fit prendre un bain. En palpant le ventre, je m'aperçus aussitôt de l'existence d'une tuméfaction assez volumineuse au-dessous du foie. Je limitais facilement sa partie inférieure, tandis que la partie supérieure semblait s'enfoncer dans la profondeur au-dessous des côtes. Le lobe droit du foie débordait les côtes de deux travers de doigt au moins, et au-dessous du point formant l'union de la 10^e côte avec la 9^e. Ce bord paraissait se continuer avec la tumeur. Jamais la malade n'avait eu d'ictère ni d'ascite. Elle menait une vie régulière et jusqu'à la fin de l'année 1889, elle n'avait jamais été malade.

Malgré ses douleurs, elle ne s'était pas amaigrie sensiblement depuis deux ans ; on ne remarquait aucune trace de cachexie.

Le *diagnostic* que je portai fut celui de *kyste hydatique de la face inférieure du foie*, ou *d'affection de la vésicule biliaire*. J'inclinai plutôt vers cette dernière hypothèse, pensant à une obstruction calculieuse du canal cystique, puisque le canal cholédoque était resté perméable ainsi que l'indiquait l'absence d'ictère, la coloration normale des selles et le peu d'importance des troubles digestifs. Je résolus d'intervenir rapidement et je fis préparer la malade par un purgatif, par une antiseptie intestinale à l'aide du naphthol et par un bain prolongé.

L'*opération* fut pratiquée le 15 septembre sous le chloroforme. Je

fis sur le bord externe du muscle grand droit, une incision verticale, longue de huit centimètres, commençant immédiatement sous les côtes.

L'écoulement sanguin fut assez fort durant la section de la paroi. Après hémostase, j'ouvris prudemment le péritoine et j'arrivai aussitôt sur une tumeur régulière, globuleuse, ayant la coloration et l'aspect d'un kyste hydatique parti du foie. Je passai la main dans l'abdomen en circonscrivant la partie inférieure de la tumeur, dont je pus comparer le volume à celui d'une tête de fœtus à terme. La tumeur s'allongeait en devenant piriforme, en arrière et en dedans vers le hile du foie. Sa disposition me fit reconnaître bientôt qu'il s'agissait de la vésicule biliaire distendue. Toutefois, deux caractères particuliers de cette tumeur ne semblaient pas corroborer cette hypothèse ; c'étaient la transparence et la coloration blanchâtre de la paroi. La fluctuation était aisément reconnue et il était facile de constater que la paroi enveloppante était assez mince et peu résistante. La main pouvait glisser sur les faces inférieures de la tumeur, mais elle était arrêtée au niveau du foie, du côlon transverse et du duodénum par des adhérences très résistantes qu'il eût été impossible de rompre. Sur la face antérieure et profonde de la tumeur existait seulement un petit espace, par lequel le doigt pouvait pénétrer jusqu'au hile du foie et explorer les organes qui s'y réunissent ; je m'assurai que la tumeur se prolongeait jusqu'au hile, où elle finissait brusquement sur le canal cystique. En agrandissant légèrement la plaie abdominale, je pus y engager la partie inférieure de la vésicule distendue, bien qu'elle descendît un peu plus bas entre la masse intestinale et la paroi. Je fis garnir les bords de la plaie de compresses aseptiques et *je ponctionnai* la tumeur. Un liquide limpide, clair comme de l'eau de roche, ressemblant au liquide des kystes parovariques, s'écoula. On en recueillit environ trois quarts de litre. La vésicule fut ensuite incisée parallèlement à la plaie abdominale sur une étendue de 4 centimètres et deux pinces servirent à maintenir au dehors les deux lèvres de la plaie. La cavité fut lavée à l'aide d'une solution de sublimé à 25 centigrammes pour 1,000, additionnée d'une petite quantité d'acide tartrique. J'introduisis le doigt et je constatai que la cavité était lisse, sans diverticules. Je ne sentis aucun calcul. Cependant en passant deux doigts jusqu'au hile du foie, en dehors de la vésicule, je pus saisir en même temps que le

canal cystique un noyau dur qui semblait y être renfermé. A l'aide d'une sonde cannelée poussée avec précaution dans la vésicule jusqu'à son embouchure, je sentis un contact résistant et rugueux. Sans retirer l'instrument j'essayai de mobiliser le calcul avec les doigts de la main droite en pressant d'arrière en avant sur le canal cystique, tandis que la sonde, maintenue de la main gauche, cherchait à le circonscrire. Je fus assez heureux pour désenclaver le calcul, que je pus saisir avec une pince, sans le briser. Je m'assurai ensuite à l'aide des doigts et de la sonde de la perméabilité du canal cystique.

Je me préparais à faire un lavage de la vésicule, lorsqu'un flot de bile s'écoula. Je m'en tins là et je me préoccupai aussitôt de faire les sutures. Je plaçai sur les lèvres de la plaie cystique, en traversant séreuse et musculuse seulement, une série de sutures séparées, disposées de centimètre en centimètre. Quatre sutures suffirent à fermer l'organe et à empêcher l'issue de la bile. La vésicule fut réduite dans le ventre, la suture toujours maintenue dans la plaie abdominale. Je passai alors quatre fils suivant la méthode de Lembert dans la vésicule, en ayant soin de conduire le fil avant son entrée et après sa sortie, à travers le péritoine pariétal. De cette façon, en serrant les fils, la juxtaposition des bords du péritoine pariétal avec la séreuse cystique était assurée et la vésicule restait fixée à la paroi, dans le but d'éviter un épanchement de bile dans le péritoine. Les extrémités de la plaie cystique furent maintenues par deux fils supplémentaires au contact du péritoine pariétal. Quant à la plaie abdominale, elle fut fermée par un triple étage de sutures à la soie et au crin de Florence, comme je le fais d'habitude. Un faisceau de trois ou quatre crins de Florence fut maintenu dans la plaie durant les trois premiers jours à titre de drainage éventuel.

Les *suites de cette opération* furent très simples. Au 3^e jour, la malade fut prise d'un ictère qui persista cinq jours avec de l'inappétence, quelques vomissements et de la constipation. Tout rentra dans l'ordre ensuite. Il n'y eut jamais de fièvre. Les douleurs abdominales avaient disparu.

Le premier pansement fut levé le 10^e jour et le 15^e j'enlevai les fils qui réunissaient la plaie. Réunion par première intention. La malade se trouve tellement bien qu'elle refuse de rester plus longtemps à l'hôpital.

Cependant il existe, à son départ, un peu d'induration autour d'un point de suture. J'ai eu à plusieurs reprises des nouvelles de cette opérée par l'intermédiaire de son médecin. Elle a repris son travail à la manufacture, mais pendant l'année dernière, elle a été assez fréquemment arrêtée par des suppurations de courte durée au niveau de la plaie opératoire. Un fil de soie a été évacué spontanément. Il est probable que, malgré nos précautions, les fils employés ne présentaient pas toutes les garanties désirables d'asepsie.

En tous cas, M^{me} P. ne souffre plus en aucune façon dans l'hypochondre droit ; ses fonctions digestives s'accomplissent bien et l'on peut dire qu'elle a recouvré la santé : à la palpation, on ne sent plus de tuméfaction dans la région sous-hépatique.

Examen des observations.

Les malades qui font le sujet des 7 observations que nous avons pu réunir appartiennent tous au sexe féminin.

Leur âge varie de 20 à 70 ans ; c'est ainsi que nous en trouvons 1 de 20 à 30 ans ; de 30 à 40 : 3 ; de 40 à 50 : 2 ; de 50 à 60 : 1, et de 60 à 70 : 1.

La fréquence des opérations suivant l'âge confirme encore celle que nous avons déjà trouvée, c'est-à-dire entre 30 et 60 ans.

Les diagnostics posés suivant l'état des malades sont aussi variés : une seule fois ce diagnostic n'est pas donné (obs. I) ; deux fois le chirurgien suppose un rein mobile (obs. II et III) ; une tumeur biliaire (obs. V). Il s'agit deux fois d'une hydropisie de la vésicule (obs. VI et VII) et d'une fistule biliaire (obs. IV).

Pour arriver sur la tumeur, on s'est servi de l'incision verticale 4 fois, sur la ligne médiane (obs. III et VI), sur la ligne latérale (obs. II et VII), et combinée avec l'incision transversale (obs. IV). Deux fois, il n'est pas question de la plaie de laparotomie.

L'opération en elle-même n'a jamais présenté plus de difficultés dans aucun de ses temps que la cholécystotomie idéale proprement dite.

Deux fois la vésicule a été fixée au péritoine avant l'incision (procédé de Parkes-Carmalt). La vésicule une fois ouverte, on y a trouvé dans 6 cas des calculs variant de 1 à 280. Quatre fois, il y en avait dans le canal cystique ; leur extraction a toujours été assez facile et s'est faite avec les doigts dans les observations vi et vii, par broiement (obs. ii).

Le canal cholédoque en a renfermé une seule fois (obs. i), mais il n'est pas dit si on en a fait l'extraction et de quelle manière.

Dans un seul cas, les parois vésiculaires ont été trouvées infiltrées et épaissies par un gonflement catarrhal de la muqueuse, ce qui n'a pas empêché LANGENBUCH d'en faire la suture (obs. v). Une fois, on a dû réséquer une partie de la vésicule très distendue et fistuleuse (obs. iv).

Le mode de suture de l'incision cystique n'est pas indiqué dans les 3 observations i, ii et v. Dans les observations iii, iv et vi, on a eu recours à la suture de Czerny ; dans l'observation vii, à celle de Lembert.

Quant au mode de fixation de la vésicule fermée, nous avons dit que Parkes et Carmalt avaient fixé l'organe avant de l'ouvrir ; dans les cinq autres cas, les chirurgiens ne l'ont fixé qu'après l'avoir suturé. Quant à la manière dont cette fixation a été faite, nous avons donné assez de détails pour ne plus y revenir.

Résultats immédiats et éloignés.

Sur 7 opérés, nous avons 5 guérisons et 2 morts, dues dans un cas au collapsus (obs. I) et dans l'autre à une pneumonie intercurrente (obs. IV).

Trois malades guéris ont été revus 2 mois (obs. VI), 6 mois (obs. III) et un an après l'opération (obs. VII); la guérison se maintenait.

Statistique générale de la cholécystotomie proprement dite.

Le nombre des opérations de suture de la plaie cystique que nous avons pu trouver se monte à 49.

Ces 49 cas ont donné les résultats suivants :

Morts	9
Fistule biliaire	1
Définitivement guéris.	39
Total	<u>49</u>

La mortalité serait donc de 18 p. 100.

Critique de la cholécystotomie proprement dite avec cholécystopexie.

Quelques mots seulement semblent nous suffire pour faire la critique de ce procédé opératoire. Cette critique ne peut d'ailleurs aboutir qu'à montrer la supériorité de la cholécystotomie

à sutures intrapariétales sur la cholécystotomie à sutures intrapéritonéales.

Comme cette dernière opération, elle ne laisse pas de fistule, mais ferme la vésicule biliaire en établissant une barrière solide et sûre, dans le cas où l'une des sutures de la vésicule viendrait à se rompre. On n'a donc plus à craindre l'infection du péritoine par l'entrée de matière septique et ainsi le plus grave reproche que Langenbuch et Tait faisaient à la cholécystotomie idéale a disparu. Langenbuch lui-même en a donné la preuve la plus évidente, en pratiquant cette opération même dans un cas où la muqueuse était infiltrée de pus.

Le procédé de Parkes-Carmalt présente les mêmes inconvénients que le procédé de Ransohoff pour la cholécystotomie en un temps ; on donnera donc la préférence au procédé employé par Czerny et notre maître, M. Vautrin.

CHAPITRE IV

CATHÉTÉRISME DES VOIES BILIAIRES

Après le travail publié par MM. TERRIER et DALLY¹, vouloir traiter la question du cathétérisme des voies biliaires serait pour nous plus que téméraire. Nous ne ferons donc que résumer ici les principaux points de leur Mémoire, qui devront nous servir pour les indications des différentes opérations, dont nous avons étudié la technique opératoire.

Sous le nom de *cathétérisme des voies biliaires*, on doit comprendre : « L'introduction d'une sonde de nature variable dans les canaux cystique et cholédoque, jusqu'à l'ampoule de Vater et même jusque dans l'intestin grêle », après ouverture de la vésicule.

C'est encore à J.-L. Petit que revient l'honneur de la première intervention de ce genre. Après avoir ouvert une vésicule, il introduisit une sonde courbe par l'orifice et, dit-il, « elle y pénétra si profondément que je ne doutais pas de l'avoir portée par le canal cystique au delà du pore biliaire, jusqu'au canal cholédoque ».

Néanmoins, de 1743 à 1885, on se contente de l'exploration externe avec la main introduite plus ou moins profondément

1. TERRIER et DALLY. — *Du Cathétérisme des voies biliaires*. — *Rev. de chir.*, août 1891 et février 1892.

sous le foie ; parfois on explore la vésicule avec une sonde, mais sans oser aller plus loin.

Il faut arriver à PARKES en 1885, pour voir cathétériser le canal cholédoque. Puis vinrent WILLET (1886), KAPPELER (1887), ZAGORSKY (1887), KRÖNLEIN (1888), WINIWARTER (1888), BETTETHEIM (1890), ROSE (1890) et COURVOISIER (1890).

En France, FONTAN, de Toulon, en 1889, publie la première observation de cathétérisme des voies biliaires ; en 1891, une deuxième observation, à laquelle s'ajoute celle de DELAGENIÈRE. CALOT, la même année, étudie la question dans un mémoire où il conclut que le cathétérisme des canaux cystique et cholédoque doit toujours être pratiqué lorsqu'on intervient dans les affections des voies biliaires.

Le cathétérisme est employé soit comme moyen de *diagnostic*, soit comme moyen *thérapeutique*.

1. — Cathétérisme comme moyen de diagnostic.

Ce cathétérisme peut être pratiqué soit au cours d'une des opérations que nous avons étudiées, soit dans le cas de fistule biliaire *naturelle* ou *artificielle*, c'est-à-dire résultant d'une de ces opérations.

La vésicule biliaire étant ouverte, les calculs qu'on a pu trouver ou sentir extraits, on introduit une sonde dans le canal cystique, et si ce dernier est libre, « elle pénétrera sans peine jusqu'à l'embouchure duodénale du cholédoque ou sera arrêtée en un point quelconque des voies biliaires ».

A) En effet, l'obstruction peut tenir à un obstacle siégeant à l'intérieur du canal cholédo-cystique.

Le canal cystique peut être fermé par la présence de calculs plus ou moins enclavés, méconnus par l'exploration digitale. On emploiera donc aussitôt tous les moyens déjà indiqués pour déloger le calcul obstruteur, et si l'on ne réussit pas, on pourra essayer une douche au chlorure de zinc, comme le fit ROSE (obs. XXXVIII), ou une irrigation rétrograde au moyen d'une sonde, comme SIMS et KOCHER.

L'obstruction du canal cystique pourra encore tenir à la présence d'ascarides (Lorry, Bloch, Tiedemann) ou d'hydatides (Bouilli, Lieutaud), mais c'est plus rare.

Dans le canal cholédoque, on pourra rencontrer les mêmes causes d'obstruction : calculs, ascarides et hydatides.

B) L'obstacle peut venir de la *paroi* du canal biliaire. Une ulcération de la paroi, amenant une néoformation cicatricielle, d'origine inflammatoire ou organique, peut provoquer une oblitération complète du conduit cholédo-cystique. De même, l'hypertrophie inflammatoire de la muqueuse accolant, sans les souder toutefois, les surfaces hyperplasiées.

C) Enfin l'obstacle est *extérieur*. Le canal cystique peut être comprimé par une tumeur avoisinante, mais cette compression porte le plus souvent sur le cholédoque. Les causes de compression sont par ordre de fréquence : les tumeurs du pancréas (cancer, kyste, calcul, abcès), du duodénum, du hile du foie, de la veine porte et même par des fausses membranes produites par périhépatite.

Quelques auteurs, THIRIAR, BÆCKEL, TERRIER, ont parlé de rétrécissements spasmodiques des voies biliaires.

Le cathétérisme, comme moyen de diagnostic, dans les cas de fistules biliaires naturelles ou artificielles, est aussi de la plus grande utilité au point de vue du traitement de ces fistules.

2. — *Cathétérisme comme moyen thérapeutique.*

Ici encore, le cathétérisme peut rendre de grands services, surtout dans les cas d'obstruction du canal cholédoque et par suite de fistule biliaire. S'agit-il d'un calcul ? On peut essayer de le déplacer et de le repousser même jusque dans l'intestin. A-t-on affaire à un rétrécissement par hypertrophie ou inflammation de la paroi ? A l'exemple de PARKES, de WINIWARTER, on peut pratiquer le cathétérisme et amener, comme eux, la guérison de la fistule. ZAGORSKI l'a employé dans un cas de compression par un cancer de la tête du pancréas ; on conçoit que, dans ces cas, l'amélioration ne peut être malheureusement que passagère.

En résumé, quel que soit le but qu'on se propose, en pratiquant le cathétérisme, Ed. ROSE et TERRIER sont d'accord pour conclure « qu'il paraît plus facile dans les cas pathologiques... et que, dans bien des cas cependant, soit par suite des inflexions du canal cystique, soit à cause de la persistance des valvules, soit enfin parce que le canal cystique s'ouvre sur la paroi latérale de la vésicule, il sera difficile à pratiquer. »

Les instruments utilisés ont été des bougies à bout olivaire ou des cathéters Béniqué armés d'une bougie réséquée. (Dela-genière.)

CHAPITRE V

INDICATIONS OPÉRATOIRES

Nous avons étudié la cholécystotomie ou incision de la vésicule dans ses deux procédés essentiels : la cholécystostomie et la cholécystotomie proprement dite, avec ou sans cholécystopexie. Mais l'intervention chirurgicale dans la thérapeutique des affections des voies biliaires ne se borne pas à cette opération. Sans parler de la CHOLÉLITHOTRIPSIE DIRECTE, qui n'a pas encore fait suffisamment ses preuves, nous nous trouvons encore en présence de la CHOLÉCYSTECTOMIE et de la CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE, qui se disputent l'une et l'autre certaines indications.

Si nous voulons faire la part de la cholécystotomie avec la plus grande impartialité, il est indispensable de faire connaître en quelques mots les résultats des deux autres opérations.

La cholécystectomie, pratiquée pour la première fois par LANGENBUCH en 1882, a été proposée par ce chirurgien pour éviter la formation d'une fistule, dans les cas où le canal cholédoque restait perméable.

Elle consiste à isoler la vésicule biliaire des organes voisins (*épiploon, foie, intestin, etc.*), avec lesquels elle peut présenter des adhérences. Cet organe une fois libéré, le canal cystique doit être isolé et du canal hépatique et de l'artère cystique et de l'artère hépatique. Le pédicule constitué par le canal cystique est enfin sectionné entre deux ligatures au fil de soie.

Comme on le voit par ces quelques lignes, l'ablation de la vésicule est une opération délicate et même difficile, quoique ses partisans ne veuillent pas le reconnaître. Sans entrer dans la discussion pour savoir si c'est un organe qui n'est pas indispensable à la vie, si son extirpation supprime la lithiase biliaire, sans aller jusqu'à dire, comme TAIT, c'est une opération « intrinsèquement absurde », nous dirons avec CALOT que « l'existence d'adhérences trop étendues et trop solides..., que l'occlusion du cholédoque », sont deux contre-indications à la cholécystectomie.

Sur 71 observations réunies dans la thèse du Dr Calot, nous trouvons 57 guérisons et 14 morts. Parmi les causes de mort, nous relevons 7 péritonites, les autres sont communes aux différentes opérations sur les voies biliaires : hémorragies, plus redoutables cependant dans l'ablation de la vésicule, collapsus ou shock, accidents cardio-pulmonaires. En résumé, la mortalité la plus défavorable est de 19 p. 100.

La cholécystentérostomie consiste dans l'abouchement de la vésicule dans l'intestin. Plus difficile et plus délicate encore que l'opération précédente, elle est pratiquée pour rétablir le cours de la bile et présente comme contre-indications : l'altération des parois vésiculaires et souvent l'épuisement du malade.

Pratiquée 7 fois seulement, avec une seule mort, d'après DELAGENIÈRE, elle donnerait une mortalité de 14.3 p. 100. Mais les accidents opératoires sont encore plus à craindre que dans l'ablation de la vésicule. Est-on jamais sûr de la solidité de la suture qui unit vésicule et intestin ? Les liquides qui y sont contenus ne peuvent-ils pas infecter la séreuse au moment de l'opération et surtout après, par transsudation par les points de suture ? Une péritonite plus ou moins généralisée est donc encore à redouter.

De cet exposé se dégagent naturellement les indications de la cholécystostomie et de la cholécystotomie proprement dite.

La cholécystostomie est indiquée :

1° Dans les cas d'obstruction du canal cholédoque chez des malades épuisés, quand la cholécystentérostomie n'est pas praticable ;

2° Lorsqu'il existe des adhérences trop solides pour mener à bien l'ablation de la vésicule, dans les cas seulement de lithiase biliaire à répétition et lorsque la paroi vésiculaire présente des incrustations lithiques.

Elle est contre-indiquée :

1° Toutes les fois qu'on pourra désobstruer le cholédoque par une autre opération ;

2° Chaque fois qu'on pourra éviter la formation d'une fistule quelconque.

Il s'ensuit que la cholécystotomie proprement dite, idéale, ou cholécystendyse, est l'opération de choix :

Dans tous les cas où les canaux cystique et cholédoque sont perméables, à la condition toutefois que les parois de ces canaux ou de la vésicule ne soient pas sérieusement malades, c'est-à-dire ulcérées ou infiltrées de pus.

La cholécystotomie proprement dite, avec cholécystopexie, répond aux mêmes indications que la cholécystendyse, avec cet avantage qu'on pourra suturer l'incision de la vésicule et la fixer au péritoine, dans les cas où la paroi cystique ne serait pas assez saine pour oser abandonner l'organe dans la cavité abdominale.

Étant données ces indications opératoires, voyons comment on peut les appliquer aux diverses affections des voies biliaires. Notre travail contiendrait une lacune, si nous ne parlions pas

du récent mémoire publié par M. Terrier¹ sur la *cholédochotomie proprement dite* avec 14 observations à l'appui. Nous ne retiendrons que la conclusion qui termine cette intéressante étude : « *La cholédochotomie doit être l'opération de choix* lors de calcul du canal cholédoque. »

Donc, la cholécystostomie peut être employée parallèlement avec la cholécystectomie, dans les cas de *lithiase biliaire*, lorsque la paroi est incrustée ou qu'on n'a pu extraire tous les calculs contenus dans la vésicule, le col et le canal cystique.

Elle reste la dernière opération à employer dans les cas d'*obstruction du canal cholédoque*.

S'agit-il d'une *hydropisie de la vésicule* par calcul enclavé dans le canal cystique ? Si l'on parvient à extraire le calcul et à constater par le cathétérisme sa perméabilité, la cholécystotomie idéale sera l'opération de choix.

Se trouve-t-on en présence d'un *empyème* ? Si les parois ne sont pas trop altérées, c'est à la cholécystotomie avec cholécystopexie qu'il faut avoir recours.

Les *lésions traumatiques* de la vésicule, telles que rupture à la suite d'une chute d'un lieu très élevé, comme l'a observé DIXON, les piqûres et les plaies par armes à feu, comme nous en avons vu une très belle observation de HAUSKEHR, seront traitées par la suture de la vésicule avec cholécystopexie, dans la crainte d'une infection possible par l'agent qui a déterminé la plaie.

L'*occlusion du canal cholédoque* par un calcul peut parfois n'être reconnue que lorsqu'on a incisé la vésicule. C'est dans ces cas qu'on pratiquera la cholécystotomie idéale avec cholédochotomie.

1. TERRIER. — *La Cholédochotomie proprement dite* in *Revue de Chirurgie*, 10 novembre 1892.

Cette obstruction est souvent causée par la compression d'une tumeur avoisinante ; dans ces cas, on aura recours à la cholécystostomie et au cathétérisme thérapeutique.

Les *fistules* consécutives à la cholécystostomie bénéficieront aussi de la suture et de la fixation de la vésicule, à la condition, nous l'avons dit, qu'on ait reconnu la perméabilité des canaux cystique et cholédoque par le cathétérisme. Sinon, et s'il s'agit d'une fistule muco-purulente, on pourra employer la cholécystectomie, et si c'est une fistule biliaire complète, en premier lieu la cholédochotomie et au second rang la cholécystentérostomie.

CONCLUSIONS

La cholécystostomie est une opération facile et bénigne, dont la mortalité opératoire est de 20 p. 100.

Elle comprend deux grands procédés :

1° La cholécystostomie en deux temps, opération qui nous semble devoir être abandonnée ;

2° La cholécystostomie en un temps, suivant les procédés de Sims et de Ransohoff.

La méthode de Sims a été le plus souvent employée ; elle présente plus d'avantages que celle de Ransohoff et par conséquent mérite, à notre avis, le premier rang.

L'établissement d'une fistule permanente, dans l'état actuel de la chirurgie des voies biliaires, doit être évité à tout prix.

Cette opération ne doit être considérée que comme opération palliative :

1° Dans le cas d'obstruction du canal cholédoque, lorsque la cholédochotomie ou la cholécystentérostomie ne sont pas possibles ;

2° Dans les cas de lithias biliaire rebelle, lorsqu'on ne peut pratiquer la cholécystectomie.

La cholécystotomie proprement dite mérite, quoi qu'on en ait dit jusqu'ici, une place d'honneur, car elle est aussi facile et aussi bénigne que la précédente et moins dangereuse que la

cholécystectomie. Sa mortalité la plus défavorable n'est que de 18 p. 100.

Elle comprend deux procédés :

1° La cholécystotomie idéale ou cholécystendyse ;

2° La cholécystotomie proprement dite avec cholécystopexie, modification heureuse apportée par Parkes et Carmalt en Amérique, Czerny en Allemagne et M. Vautrin en France.

Nous préconisons ce dernier procédé comme opération de choix :

A) Dans les lésions traumatiques de la vésicule ;

B) L'hydropisie ;

C) L'empyème ;

D) Dans le traitement des fistules consécutives à la cholécystostomie.

Deux conditions doivent être remplies :

Des parois vésiculaires normales ;

La perméabilité des canaux cystique et cholédoque reconnue avec ou sans cathétérisme.

Vu :

Le Président de la thèse,

F. GROSS.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 10 janvier 1893.

Le Recteur,

M. MOURIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

I. — Texte.

- J.-L. PETIT. — *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. I, p. 176, et *Traité des maladies chirurgicales*.
 THUDICUM. — *Brit. med. Journ.*, 1859, et *The Lancet*, 1859.
 G. FABRICIUS. — Francfort, 1646, p. 320.
 S. SHARP. — *Recherches clin. sur l'état présent de la chir.* Paris, 1751, p. 278.
 DURIAU. — *De la Taille biliaire*. Th. Paris, 1885.
 SAUVEAU. — Cité par Duriau.
 MORAND. — *Mém. de l'Acad. royale de chir.*, t. II, p. 78 et t. III, p. 470. 1757.
 HALLER. — *Elementa physiologie*, 1757-1766.
 BROMFIELD. — *Surg. obs. and cases*. London, 1773.
 BLOCH. — *Medicinische Bemerkungen*. Berlin, 1774.
 CHOPART et DESAULT. — *Traité des mal. chir.*, t. II, p. 347.
 RICHTER. — *Anfangsgründe der Wundarzneikunst*. Göttingue, 1798, t. V, p. 87.
 PORTAL. — *Traité des maladies du foie*. 1813, p. 92.
 DELPECH. — *Précis élémentaire des maladies chirurgicales*. Paris, 1816, t. II, p. 189.
 SÉBASTIAN. — *De hydropse vesicæ felleæ*. Dissert. inaug. Heidelberg, 1828.
 GARRÉ. — *Considérations sur le traitement de la tumeur biliaire*. Paris, Th. 1833.
 CAMPAIGNAG. — *Journ. hebd. de méd.*, 1829, t. III, p. 217.
 BLACHMANN. — Cité par Roth.
 Th. ROTH. — *Zur Chirurgie der Gallenwege* (*Arch. für klin. Chir.*, 1885, t. XXXII, p. 87).
 MAUNDER. — *Brit. med. Journ.*, 1876, p. 604.
 H. JONES. — *Med. Times and Gaz.*, 1878, p. 646.
 ROSSI. — *Annali universali di medicina*, 1847, t. XXV, p. 215.
 FAUCONNEAU-DUFRESNE. — *Mém. de l'Acad. de méd.*, 1867, t. XII, p. 36.
 WINTWARTER. — *Prager med. Wochenschr.*, 1882, nos 21 et 22.
 LANGENBUCH. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1882, n° 48, p. 725.
 CYR. — *Union médicale*, 1885, 15 janvier, n° 10, p. 109.
 BRUN. — *Archives gén. de méd.*, 1885, février, p. 200.
 MAUNOURY. — *Progrès médical*, 1885, 4 avril, n° 14, p. 272.
 WITZEL. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1884-1885, t. XXI, p. 159.
 MUSSER et KEEN. — Traduction de Laurand in *Revue de chir.*, 1885.

- DENUGÉ. — Th. agrégation, 1886.
CALOT. — *De la Cholécystectomie*. Th., Paris, 1890-91.
DELAGENIÈRE. — *De la Cholécystentérostomie*. Th., Paris, 1890-91.
F. TERRIER. — *La Cholédochotomie proprement dite*, in *Revue de chirurgie*, novembre 1892.
HARLEY. — *Traité des maladies du foie*, 1890.
FORGUE et RECLUS. — *Thérapeutique chirurgicale*, 1892.
LABADIE-LAGRAVE. — *Traité des maladies du foie*. Paris, 1892, t. VI.
GROSS, ROHMER et VAUTRIN. — *Pathologie et clinique chirurgicales*, t. II.
COURVOISIER. — *Casuistisch-statistische Beiträge zur Chirurgie der Gallenwege*. Leipzig, 1890.
A. DE PAGE. — *De l'Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire*. Bruxelles, 1889.
WINKELMANN. — *Die Cholecystotomie nach Czerny*, in *Deuts. Zeitschr. für Chir.*, t. XXXI.
GREDÉ. — *Zur Chirurgie der Gallenwege*, in *Centralbl. für Chir.*, n° 29, 1889.
Ed. ROSE. — *Die conservative Chirurgie der Gallenblase*, in *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, t. XXXI, p. 480.
LANGENBUCH. — *Méthode de Senger, cholécystotomie idéale en deux temps*, in *Berl. klin. Woch.*, 3 février 1890.
WYLIE. — *Expulsion des calculs biliaires par manipulations digitales*, in *British med. Journ.*, 12 octobre 1889.
OLLIER. — *De la Lithiase biliaire*. *Lyon médical*, 28 avril 1889.
VINCENT. — *De la Cholécystotomie chez les enfants*. *Congr. fr. de chir.*, 1888, p. 567.
THIRIAR. — *De l'Intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire*. *Congr. fr. de chir.*, 1886.
SAINTON. — *Chirurgie de la vésicule biliaire*. *Gaz. des Hôpitaux*, 1887.
GADIAC. — Th. Paris, 1891.
DASTRE. — *Opérations de la fistule biliaire*, in *Arch. de physiol.*, 1890, n° 4.
MOSSÉ. — Thèse d'agrégation. Paris, 1890.
NUVOLI. — *De l'Hydropisie de la vésicule biliaire*, in *Sperimentale*, novembre 1890.
Th. VOIGT. — *Zur Chirurgie der Gallenblase*, 1890, n° 34.
IGNATOW. — *Zur Frage der chirurgischen Behandlung und des Hydrops der Gallenblase*, in *Chirurgisches Westnik*, 1890.
HARTMANN. — *Quelques points de l'anatomie et de la chirurgie des voies biliaires*, in *Société anatom. de Paris*, 1891.

II. — Observations.

CHOLÉCYSTOSTOMIE EN DEUX TEMPS

1. BLODGETT. — *Homœopathic med. Times*. New-York, July 1879.
2. KOCHER. — *Corr.-Bl. für Schweizer Aerzte*, 1878, n° 19.
3. KÖNIG. — *Verhandl. des 11. Congr. der deutschen Gesellschaft für Chir.*, Berlin, 1882, p. 31.
4. BARDENHEUER. — *Mittheilungen aus dem kölnen Bürgerhospital*.

5. RIEDEL. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888, p. 604.
6. BARDENHEUER. — *Loc. cit.*
7. OHAGE. — *Med. News Philad.*, 1887, p. 204.
8. BARDENHEUER. — *Loc. cit.*, p. 148.
9. FRITZSCHE. — *Orig. Kgesch. Kantonspital Glarus*, 1886.
10. LANGENBUCH. — *Verhandl. der Berliner med. Gesellschaft*, 1887, p. 10 et 11.
11. LANGENBUCH. — *Loc. cit.*
12. LÜCKE. — *Diss.*, Strasbourg, 1887.
13. TILMANS. — *Centralbl. für Chir.*, 1887.
14. JONÈS. — *Centralbl. für Chir.*, 1887.
15. SOGIN. — *Deutsche Zeitschr. für Chirurgie*, 1888, t. XXVII.
16. CREDÉ. — *Verhandl. des 18. Congr. der Chir.*, 1889.
- 17 à 23. RIEDEL. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1888.
24. BARDENHEUER : STROHE. — *Diss. Göttingen*, 1888, p. 5.
25. RIEDEL. — *Loc. cit.*
26. BARDENHEUER. — *Loc. cit.*, p. 15.
27. RIEDEL. — *Loc. cit.*
28. RIEDEL. — *Loc. cit.*
29. BARDENHEUER, par STROHE. *Loc. cit.*
30. MIKULICZ. — Cité par Lévy.
31. LAUENSTEIN. — *Berl. klin. Wochenschr.*, 1890, p. 25.
32. KÜMMELL. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1892, p. 238.
33. WEST HUGHES. — *Annals of Surgery*, 1891, p. 330.
34. LÉVY. — *Centralbl. für Chir.*, 1892, n° 9.
35. MERKEL. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1892, n° 37.
36. LANDERER. — *Münch. med. Wochenschr.*, 1886, n° 17.

CHOLÉCYSTOSTOMIE EN UN TEMPS

Procédé de Sims.

37. BOBBS. — *Trans. of Ind. state med. society*, 1868, p. 68.
38. M. SIMS. — *Brit. med. Journ.*, 1878, p. 811.
39. KEEN. — *Amer. Journ. of med. society Philad.*, 1879.
40. L. TAIT. — *Med. chir. Trans.*, London, 1880.
41. ROTHER. — *Diss. München*, 1883, p. 20.
42. PÉAN. — Cité par Paul Rodet.
- 43, 44, 45. TAIT. — *Brit. med. Journ.*
46. EDDOWES. — *Brit. med. Journ.*, 1884.
- 47, 48, 49. TAIT. — *Brit. med. Journ.*, 1886.
50. KEEN. — *Amer. Journ. of med. society*, 1884.
51. SAVAGE. — *Brit. med. Journ.*, 1884.
52. GARDNER. — *Austral. med. Journ.*, 1884.
- 53, 54. TAIT. — *Loc. cit.*
55. WOOD. — *Denver. med. Times*, 1885, p. 65.
- 56, 57. BOECKEL. — *Congr. français de chir.*, 1885.
- 58, 59. TAIT. — *Loc. cit.*
60. SAVAGE. — *Brit. med. Journ.*, 1885.

- 61, 62, 63. TAIT. — *Loc. cit.*
64. TAYLOR. — *Brit. med. Journ.*, 1885.
65. MAC GILL. — *Brit. med. Journ.*, 1884, p. 1142.
66. PARKES. — *Amer. Journ. of med. society*, 1885.
67. L. TAIT. — *Brit. med. Journ.*, 1885, p. 275.
68. WRIGHT. — *The Lancet*, 1885, p. 563.
69. ROBSON. — *Brit. med. Journ.*, 1885.
70. TAIT. — *Loc. cit.*
71. HUTCHINSON. — *Med. News Philad.*, 1886.
- 72, 74, 76, 77, 78, 79, 80. TAIT. — *Brit. med. Journ. et Lancet*, 1886.
73. ROBSON. — *Loc. cit.*
75. LANGENBUCH. — *Berl. klin., Wochenschr.*, 1886, p. 694.
81. JANSEN. — *Petersburger med. Wochenschr.*, 1886, p. 264.
82. MACKAY. — *The Lancet*, 1887, p. 1264.
- 83 à 89. TAIT. — *Brit. med. Journ.*, 1886.
90. HASLAM. — *The Lancet*, 1886.
- 91 à 97. TAIT. — *The Lancet*, 1888.
96. CREDE. — *In Courvoisier.*
98. HIRSCHBERG. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1887.
99. STUART NAIRNE. — *The Lancet*, 1888.
- 100, 101. TAIT. — *The Lancet*, 1888.
102. HAGEMANN. — 18. *Congr. der Deuts. Chir.*, 1889, p. 108.
103. TAYLOR. — *Brit. med. Journ.*, 1888, p. 130.
104. BROADBENT. — *The Lancet*, 1887, p. 1282.
- 105, 107, 108, 109, 111. TAIT. — *The Lancet*, 1888.
106. THORNTON. — *Brit. med. Journ.*, 1887, p. 1149.
110. ZAGORSKI. — *Przegląd lekarski*, 1887.
112. STUART NAIRNE. — *Loc. cit.*, p. 616.
113. EDWARDS. — *Med. News Philad.*, 1888, p. 339.
114. HOFMANN. — *Centralbl. für Chir.*, 1889, n° 14.
115. TORRANCE. — *The Lancet*, 1888.
116. ROBSON. — *Brit. med. Journ.*, 1889, p. 1218.
117. TAIT. — *Brit. med. Journ.*, 1888.
118. NIEHANS. — *Orig. Kgesch. Privatklinik Bern*, 1888.
119. TERRILLON. — *Bull. Acad. méd.*, 1889.
- 120, 121, 122. TAIT. — *Edinburgh med. Journ.*, 1888, p. 717.
123. PAGE. — *The Lancet*, 1889.
124. WINIWARTER. — *In Courvoisier.*
- 125, 126, 127. TAIT. — *Loc. cit.*
128. MIKULICZ. — *Loc. cit.*
129. TERRILLON. — *Progrès médical*, 1889.
130. JALAGUIER. — *Bull. de la Société de chir. de Paris*, 1889.
131. FREY. — *Gaz. méd. de Strasbourg*, 1889.
132. TERRIER. — *Congr. fr. de chir.*, 1892.
- 133, 134. TAIT. — *Loc. cit.*
135. COURVOISIER. — *Orig. Kgesch. Spital Riehen*, 1889.
136. LATOUCHE. — *Bull. de la Société de chir.*, 1889.
- 137, 138. TAIT. — *Loc. cit.*
139. PORTER. — *Med. News Philad.*, 1889.
140. TERRILLON. — *Bull. général de thérapeut.*, juin 1892.
141. SMITH. — *The Lancet*, 1889, p. 219.

142. COURVOISIER. — *Loc. cit.*, 1889.
143. THORNTON. — *The Lancet*, 1891, p. 463.
144, 145. TAIT. — *Loc. cit.*
146. KÜMMELL. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1890.
147. MEARS. — *Annals of Surgery*, 1890, p. 241.
148. COURVOISIER. — *Loc. cit.*, 1890.
149. TERRILLON. — *Bull. général de thérapeut.*, 1891, p. 117.
150. TERRILLON. — *Loc. cit.*, p. 119.
151. TERRILLON. — *Loc. cit.*, p. 120.
152. CHAPUT. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890.
154. LE DENTU. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 867.
153. TERRIER. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 831.
155. Ch. PÉRIER. — *Congr. fr. de chir.*, 1890, p. 537.
156. PICQUÉ. — *Congr. fr. de chir.*, 1890, p. 643.
157. TERRILLON. — *Bull. général de thérapeut.*, 1892, p. 485.
158. TERRILLON. — *Loc. cit.*, p. 486.
159. MATLAKOWSKI. — *Gazeta lekarska.*, 1891, n° 25.
163. MATLAKOWSKI. — *Loc. cit.*, n° 26.
160. LE DENTU. — *Bull. de la Société anatomique*, 1892, p. 94.
161, 162. BOECKEL. — *Congr. fr. de chir.*, 1892.

Procédé de Ransohoff.

164. RANSOHOFF. — *Med. Record. New-York*, 1882, p. 568 et 259.
165. TRENDLENBURG. — *Deutsche Zeitschr. für Chir.*, 1885.
166. BOECKEL. — *Gaz. méd. de Strasbourg.*, 1885, p. 201.
167. HOFMOKL. — *Wiener med. Presse*, 1885.
168. WILLET. — *Brit. med. Journ.*, p. 903.
169. FÉLIZET. — *In Th. Duriau*, 1885.
170. NOVARO. — *Archivio soc. Ital. di chir.*, 1888.
171. VINCENT. — *Revue de chir.*, 1888.
172. HOFMOKL. — *Loc. cit.*, 1887.
173. FRANKS. — *Dublin Journ. of med. society*, 1889.
174. KRIEGER. — *Deutsche med. Wochenschr.*, 1888.
175. GERSUNG. — *Deutsche Arch. für klin. Med.*, 1889, t. XLV.
176. NIEHANS. — *Orig. Privatklinik Bern*, 1889.
177. J. FONTAN. — *Revue de chir.*, 1892.
178. TERRIER. — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1890, p. 591.
179. P. BERGER. — *Bull. de la Soc. de chir.*, 1890.
180. TERRIER. — *Congr. fr. de chir.*, 1892.
181. FONTAN. — *Loc. cit.*, 1892.
182. DELAGENIÈRE. — *Revue de chir.*, 1892.
183. COLZI. — *Firenze*, 1891.
184. POLJAKOFF. — *Centralbl. für Chir.*, 1892, n° 17.
185. ZIELEWICZ. — *Centralbl. für Chir.*, 1890, p. 383.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages.
Introduction	VII
Historique	1
Première période	2
Deuxième période	5
Troisième période	7
Définitions. — Plan	11
Chapitre premier. — Généralités opératoires	14
Chapitre II. — Cholécyctostomies	21
§ I. — Cholécyctostomie en deux temps. — Technique opératoire.	21
Extraction des calculs.	23
Tableau synoptique	26
Résultats	30
§ II. — Cholécyctostomie en un temps	31
I. — Procédé de Sims. — Technique opératoire	31
Tableau synoptique.	36
Résultats immédiats et éloignés.	44
II. — Procédé de Ransohoff. — Technique opératoire.	46
Modification de Zielewicz.	48
Tableau synoptique.	50
Résultats immédiats et éloignés.	52
Statistique générale.	53
Critique de la cholécyctostomie.	53
Traitement de la fistule consécutive	56
Chapitre III. — Cholécyctotomies proprement dites.	59
§ I. — Cholécyctotomie idéale. — Technique opératoire	59
Observations.	62
Examen d'ensemble des observations	87
Résultats immédiats et éloignés.	93
Critique de la cholécyctotomie idéale	96

	Pages.
Cholécystotomie idéale en deux temps	98
Remarques.	101
§ II. — Cholécystotomie proprement dite avec cholécystopexie. . . .	102
I. — Procédé de Parkes-Carmalt. — Technique opératoire	102
Observations.	103
Remarques.	104
II. — Procédé de Czerny et Vautrin	104
Observations.	106
Examen des observations. — Résultats.	113
Statistique générale de la cholécystotomie proprement dite . . .	115
Critique de la cholécystotomie avec cholécystopexie	115
Chapitre IV. — Cathétérisme des voies biliaires	117
Chapitre V. — Indications opératoires	121
Conclusions	127
Index bibliographique	129

